

ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SCIENCES SOCIALES

Mémoire présenté en vue du Diplôme de l'EHESS

Destins suspendus

*Femmes internées dans les institutions asilaires
au début du XX^e siècle en France (1900-1914)*

Solange Lapeyrière

Mémoire dirigé par Juliette Rennes, Maitresse de conférence à l'EHESS

Membres du jury :

- Mathilde Rossigneux-Méheust, Maîtresse de conférences en histoire contemporaine au LARHRA à l'Université Lumière - Lyon 2.
- Sylvie Steinberg, Directrice d'études de l'EHESS. Centre de Recherches Historiques - CRH.

Paris, le 27 septembre 2017

Ce mémoire a reçu le prix du diplôme de l'EHESS en Juin 2018

Remerciements

Ce mémoire marque la fin d'une étape de travail et d'une aventure intellectuelle et humaine. Je tiens à remercier toutes celles et tous ceux qui se sont un peu embarqués avec moi et m'ont soutenue chacun, chacune à leur manière dans cette recherche. Cette histoire cachée de ma tante internée, le travail que j'ai mené ensuite sur les anonymes oubliées, ont mobilisé un intérêt et une sympathie qui m'ont chaque fois touchée et beaucoup aidée pour mener ce travail à son terme.

Je me souviens avec émotion des premières rencontres avec des historiens et historiennes qui m'ont encouragée à me lancer dans cette aventure : Jean Christophe Coffin, Aude Fauvel, Hervé Guillemain, Louis Hincker, Benoit Majerus, et en particulier Nicole Edelman qui pendant ces trois années m'a assurée son soutien amical et scientifique dans nos rencontres très régulières au *Chai de l'abbaye*.

Merci à Juliette Rennes qui a dirigé ce travail en dégageant les pistes chaque fois nécessaires pour lui donner les ouvertures indispensables, et à Sylvie Steinberg et à Mathilde Rossigneux-Meheust d'avoir accepté de participer au jury de ce diplôme.

Comment remercier Jean Luc Van Impe, mon voisin, créateur du logiciel Modalisa, qui a passé mon enquête dans la moulinette de son logiciel et m'a guidée avec amitié dans mes découvertes statistiques ? De même comment remercier Marie Bergström qui a regardé avec attention et commenté avec perspicacité mes premiers graphiques sur les différences de genre et en particulier d'âge et d'état civil ?

Je dois à la fois mes excuses et toute ma reconnaissance aux historiens et historiennes que j'ai sollicités à divers moments et qui malgré leurs charges de travail ont pris le temps de lire mes textes intermédiaires et de m'adresser leurs critiques et encouragements : Louis Hincker, Jean-Christophe Coffin, Aude Fauvel, Anatole Le Bras, Floride Mahieu, Mathilde Rossigneux-Méheust.

Je ne saurais assez remercier mes amis et amies, qui se sont proposés ou ont accepté de me relire, de discuter, questionner, corriger mes nombreux brouillons qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire, les uns très régulièrement comme Antoine Bouillon, philosophe, qui depuis le Maroc a joué un rôle d'épistémologie critique permanent sur mes productions, les autres plus occasionnellement qui m'apportaient leur lot de questions et d'encouragements, m'obligeant à plus de précisions : Isabelle Andreu, Philippe d'Artois,

Catherine Becquelin, Charlotte Buchmann, Brigitte Chevalier, Damien Cru, Samia Hadj, Annick Hazard, Hélène Millerand, Béatrice Revol, Emmanuel Tilloy.

Mes premiers pas dans la recherche en archives ont été guidés par des professionnels accueillants qui ont chaque fois facilité mon travail. Des échanges fournis et sympathiques ont eu lieu lors de mes séjours réguliers dans ces différents services. Merci en particulier à Evelyne Chastan à Montfavet, pour son intérêt et sa participation très active à cette recherche ; merci à Anne Pascale Saliou à Ville-Evrard pour sa disponibilité et son accueil, et enfin merci à Charlène Tixier, à Bourg-en-Bresse qui est allée rechercher et a trouvé quelques unes de « mes transférées » perdues!

Un clin d'œil particulier à Arthur et Alice Billout pour m'avoir témoigné leur confiance affectueuse tout au long de cette recherche un « peu folle » et en particulier pour l'aide qu'Alice me prodiguait patiemment dans quelques-unes de mes mésaventures informatiques. Et enfin une touche particulière pour mes jokers favoris, Eric, Julie, Nicolas et Ségolène pour leurs subtiles interventions.

SOMMAIRE

Introduction

I. FEMMES ET HOMMES DANS LES INSTITUTIONS ASILAIRES EN FRANCE AU XIX^E	
SIECLE	22
A. Désigner les « aliénés » et codifier leur internement	24
1. Distinguer médicalement les aliénés des vagabonds et autres marginaux.....	24
2. D'« office » ou « volontaire », les deux types d'internement.....	26
3. « Aliénation » et « folie ».....	33
4. Médecine de ville, médecine d'asile.....	34
B. Compter les effectifs et évaluer les coûts	35
1. Le nouvel ordre asilaire	35
2. La statistique asilaire	38
3. Une statistique gestionnaire	39
4. L'augmentation continue des effectif est l'objet d'un examen attentif.....	40
5. Le « paradoxe » des effectifs féminins, une caractéristique du XIX ^e siècle.....	45
6. Les asiles de la Seine et leur gestion particulière des sureffectifs.....	53
7. Les effets de ce paradoxe sur les conceptions de la « folie des femmes ».....	55
8. Comment les asiles ont été débordés par les femmes	58
C. Genre, âge et état civil	59
1. L'âge à l'entrée et le vieillissement en asile.....	59
2. Etat civil, les femmes un peu plus « seules ».....	66
D. Conclusions du chapitre 1	70
II. ENQUETE SUR LE DEVENIR DES FEMMES	73
A. Le cadre de l'enquête.....	75
1. La carrière morale dans les institutions psychiatriques	75
2. Une enquête « prosopographique ».....	76
3. Saisir les interactions à partir d'un travail sur archives.....	77
B. La construction de l'enquête	83
1. Le choix des asiles	83
2. La constitution de l'échantillon	86

3. La collecte et le corpus de l'étude	88
4. Les dossiers individuels.....	98
5. Une base de données quantitatives et qualitatives associées	102
C. Décrire, nommer et classer les formes de maladie mentale	103
D. Composition sociale de l'échantillon	111
1. Les âges à l'entrée.....	112
2. Etat civil	114
3. Mode de placement à l'asile	118
4. Professions	118
5. Les deux maisons de santé	120
6. Les formes de maladies justifiant les internements	121
E. Les cinq façons de sortir de l'asile.....	124
F. Conclusions du chapitre 2	129
III. CARRIERES ASILAIRES, DUREES ET FORMES DE VIE A L'ASILE.....	133
A. Les durées de séjour	135
1. Durée moyenne, durées extrêmes.....	135
2. Les « restantes » au fil des ans	136
3. Le rythme des décisions et des asiles	138
B. Une première année décisive	142
1. Premiers pas, premiers lieux, premières réactions	142
2. Les décès des tous premiers mois	147
3. Les « vraies sorties » de l'asile : « avant » ou « après » guérison ?	150
4. Les transférées de la première année	180
5. Les formes de maladie, quelle incidence sur la première année	185
6. Les deux maisons de santé, vraiment différentes ?	187
7. Conclusions de cette première année	190
C. Celles qui restent, les années qui suivent.....	198
1. Après un an passé à l'asile, comment le groupe initial a-t-il évolué ?	198
2. A la recherche des « améliorées de l'intérieur »	200
3. De la deuxième à la sixième année d'internement	206
4. Les cinq années encore décisives	207
5. Après 6 années d'asile, les très longs séjours.....	218

D. D'autres types de carrière : d'asile en asile	231
1. Les rechutes, sortir et revenir	231
2. Les transférées, des carrières doublement subies	241
E. Conclusions du chapitre 3	249
CONCLUSION	266
TABLE DES GRAPHIQUES, PHOTOS ET TABLEAUX	270
BIBLIOGRAPHIE	274
ANNEXES	293

Introduction

Naissance d'une question

Tout a commencé avec la découverte d'une grand-tante internée à la suite d'un chagrin d'amour. Elle avait vingt-trois ans, en 1908, quand elle fut placée dans une maison de santé; elle y a passé toute sa vie, c'est-à-dire près de cinquante années. Elle y est morte à l'âge de soixante-douze ans, sans en être jamais sortie.

J'étais propulsée dans les mystères d'une histoire familiale soigneusement cachée et dans l'historiographie populaire. J'ai cru, comme un peu tout le monde, qu'elle avait été victime de la violence des normes et convenances de la bourgeoisie et de la férocité des asiles de l'époque. La figure de Camille Claudel, chaque fois citée, venait me rappeler une histoire qui serait devenue quasi banale, de femmes internées toute leur vie. J'ai imaginé que derrière le recours à la maladie mentale se cachaient peut-être des histoires plus sombres d'inceste, de viol, de grossesse, de mésalliance, et qu'elle avait été placée en Belgique, à l'étranger, pour la mettre hors de portée de toute intervention possible.

Films et romans de toutes provenances continuent de nous rappeler les menaces et histoires de ce type :

« Il (Michele) lança le regard qu'il réservait à tous ceux qui à ses yeux, valaient moins que rien et ajouta : Si jamais tu parles de ce boulot à quelqu'un j'te fais enfermer direct dans l'asile d'Aversa et t'en sors plus. Tout c'que t'apprends, tout c'que tu vois, tu m'le dis à moi et à personne d'autre. Pigé ? »¹

« Impossible de prévenir Fritz, car il ferait tout pour l'arrêter : au mieux, il se contenterait de l'enfermer dans sa chambre, au pire, il la ferait interner dans un asile. Un aristocrate fortuné n'avait aucun mal à se débarrasser ainsi d'une parente gênante. Il lui suffirait de trouver deux médecins prêts à convenir avec lui qu'il fallait être folle pour épouser un allemand. »²

¹ FERRANTE Elena, *Le nouveau nom, L'amie prodigieuse* II. NRF 2016. p.419.

² FOLLET Ken, *La chute des géants, 1 - Le siècle*, Paris, Laffont 2010.

J'ai bien sûr mené des investigations dans ma famille et dans l'institution belge où j'ai pu accéder à son dossier. Je voulais savoir ce qu'il en était en France à la même époque dans les asiles et maisons de santé. Je m'intéressais aux jeunes filles enfermées, je recherchais les chagrins d'amour. Je me suis ruée sur les quelques ouvrages-clés³ sur le sujet qui soulignaient les conditions terribles d'internement à cette époque et la façon dont les femmes en étaient particulièrement victimes. Il n'y avait pas là de quoi faire une recherche en histoire ni un diplôme quelconque, tout au plus un récit un peu documenté.

Peu à peu, à l'épreuve de documents et témoignages familiaux, et surtout de la consultation d'archives de quelques asiles, les plus accessibles sans dérogation⁴, ce socle de certitudes s'est fissuré. Les femmes internées n'étaient pas si jeunes que cela, mon tableur m'indiquait des durées de séjour très variables, de quelques mois à plusieurs années, et je notais toutes celles qui sortaient demandées et réclamées par leurs parents et les maris. Quelque chose clochait entre ces représentations du monde asilaire plein de jeunes femmes hystériques, traitées de folles et enfermées arbitrairement toute leur vie, et mes résultats encore approximatifs.

Et les jeunes hommes ?

Cette question de Juliette Rennes a amplifié ma, et je peux dire ensuite, notre perplexité. La réponse n'a pris que quelques semaines. Les jeunes femmes, mais aussi toutes les femmes inscrites sur les registres que j'avais consultés, entraient en moins grand nombre que les hommes dans les asiles, toujours sur cette même période. Au niveau national, les publications de la *Statistique Nationale* permettent d'observer cette même tendance⁵ : les femmes étaient régulièrement moins nombreuses que les hommes à être internées chaque année. En 1901, onze mille neuf cent trente-six hommes ont été internés dans les asiles de France (soit 53% des internements), pour dix mille sept cent vingt-huit femmes (soit 47%). Par contre les femmes étaient bien en supériorité numérique dans les effectifs permanents des asiles, lesquels comptaient pour ces mêmes années 55% de femmes contre 45% d'hommes, dans les asiles de la France entière.

³ RIPA Yannick. *La ronde des folles. Femmes, folie et enfermement au XIX siècle 1838-1870*, Paris, Aubier. 1986. 216 p., MURAT Laure. *La Maison du Docteur Blanche, Histoire d'un asile et de ses pensionnaires de Nerval à Maupassant*. Paris JC. Lattes, 2001. Folio, 2006. 568 p.

⁴ L'asile de Charenton, aux archives départementales de Créteil et les deux maisons de santé de Vanves et de Penthievre à Sceaux, aux archives de la préfecture de Police de Paris. Seules archives accessibles sans dérogation.

⁵ Statistique générale de la France. *Statistique annuelle des institutions d'assistance*. Imprimerie Nationale. 1903 et 1907. Tableau XII. Asiles d'aliénés. Mouvements d'entrée et de sortie pendant l'année. Années 1901 et 1905. Pp. 6 et 7. Les tableaux seront détaillés dans le chapitre 1 et figurent dans les annexes.

Dès lors la question était de savoir si ce moindre taux d'entrée des femmes dans les asiles était une spécificité de ce début du XXe siècle. Il fallait m'en assurer et dater, si possible, le début de ce processus. J'ai donc délaissé pour un moment les chagrins d'amour pour la statistique asilaire au XIXe siècle, depuis la création des asiles en 1838 jusqu'en 1914. La question était ensuite de savoir comment se « fabriquait » ce sureffectif féminin. En termes de gestion de flux, la réponse est simple : puisqu'elles sortaient en moins grand nombre, avec moins de guérisons, et moins de décès rapides, des « stocks » se formaient chaque année et s'accumulaient d'année en année. Cependant cette explication ne faisait que reporter le questionnement sur ce fait social, problématique de genre : que se passait-il à l'asile pour y cristalliser ainsi le maintien, la rétention durable des femmes internées ?

Ce que je croyais n'être qu'une parenthèse a pris des proportions que je n'imaginais pas au départ. Je commençais mon entrée dans les études de genre, l'histoire des asiles au XIXème siècle et de l'internement féminin en particulier. Je n'étais pas et je ne suis pas historienne. J'avais eu la chance d'assister aux cours de Michel Foucault au Collège de France entre 1974 et 1975⁶ et, ma formation en sciences humaines m'avait conduite, dans les entreprises, sur le terrain des conditions de travail. Le diplôme de l'EHESS s'est avéré une belle opportunité pour mener ce travail de recherche.

Quelle était, en fait, la réalité des trajectoires de ces femmes entrées à l'asile, et si « on n'en sortait vraiment pas », quelles étaient celles qui en sortaient un peu, et pourquoi elles ? Tout cela était-il vraiment le résultat d'une société foncièrement misogyne et répressive à l'égard des femmes ? Quel impact pouvait avoir l'inégalité des conditions sociales, économiques et culturelles des femmes internées, face aux réalités médicales, aux dommages et aux handicaps créés par les diverses pathologies dont elles souffraient ? N'y avait-il pas d'autres facteurs à prendre en compte, en particulier ceux qui tiennent à l'internement lui-même, autant dire à l'asile, comme toute une littérature critique nous a appris à le soupçonner. Dans ce cas, comment les établir et les identifier ? Tel était l'ensemble touffu de questions qui a présidé à mes premières investigations.

Chemin faisant, la question s'est précisée, et l'objectif de cette recherche s'est orienté sur l'étude *des devenir des femmes internées dans les institutions asilaires, au début du XXe siècle*.

⁶ Je me souviens encore de sa description du traitement des aliénées de La Salpêtrière où l'on occupait les « agitées » à la buanderie et les « mélancoliques » au repassage... et pourquoi pas l'inverse ajoutait-il en rigolant...

Une historiographie en phase avec les représentations sociales dominantes

Il est habituel de dire qu'au départ, ce sont essentiellement les psychiatres qui ont fait le récit de l'histoire de la psychiatrie⁷, mais ce serait sans compter avec les contributions, sous forme d'essais critiques et de romans, qui ont tenté de porter un autre regard sur les figures de « l'aliéniste »⁸ et des conditions de vie des « fous ». En 1887, Nelly Bly, première journaliste « infiltrée », bien avant Albert Londres⁹, s'était fait enfermer dans un asile de New York¹⁰. Elle mit en lumière les conditions physiques scandaleuses et les traitements méprisants et humiliants qui faisaient le quotidien de ces asiles. Et que dire des travaux de Constance Pascal, dans l'entre deux-guerres, première femme en France à accéder au poste de médecin-chef des asiles, dont les publications critiques et novatrices ont été oubliées, nulle part citées, et redécouvertes récemment¹¹ ?

A partir des années 1960, cette histoire connaît un tournant quand la psychiatrie devient l'objet des sciences sociales avec les publications marquantes d'Erwin Goffman aux Etats Unis, de Michel Foucault en France¹², et d'autres encore. Robert Castel, avec *L'ordre psychiatrique*¹³, en 1976, prolonge et légitime cette approche critique de la psychiatrie, analysée comme un système de pouvoir, et des asiles comme autant d'*institutions totalitaires*, au même titre que les prisons. Vingt ans auparavant, Frantz Fanon avait relevé à quel point la psychiatrie, entre autres savoirs de l'époque, était pénétrée par l'idéologie coloniale et s'inscrivait dans ce projet.¹⁴ Avec ces auteurs et à leur suite se développe une riche littérature critique du processus de désignation du fou¹⁵ et des institutions asilaires. D'autres approches, avec des angles particuliers, se sont spécialisées dans l'histoire des idées¹⁶, les débuts de la psychologie¹⁷, et bien sûr l'hystérie et l'hypnose¹⁸.

⁷ QUETEL Claude. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*. POSTEL Jacques, QUETEL. Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2012. 647 p. LANTERI LAURA Georges. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Paris, Editions du Temps. 1998

⁸ CANUDO Ricciotto. *Les libérés. Mémoire d'un aliéniste, Histoire de fous*. Première édition, E. Fasquelle, 1911. Avec une Préface de Tobie Nathan. Essai d'Annick Cape. Plon Terre Humaine. 2014.

⁹ POIZAT, Denis. « Chez les fous », hommage à Albert Londres », *Reliance*, vol. n° 19, no. 1, 2006, pp. 7-8.

¹⁰ BLY Nelly. *10 jours dans un asile, un reportage*. (1887 in New York World) Editions du sous-sol. 2015.125p.

¹¹ GORDON Felicia, *Constance Pascal (1877-1937) Authority, femininity and feminism in french psychiatry*. London, grs books, 2013. PASCAL Constance. *Chagrins d'amour et psychoses*. Doin, 1935. Avant-propos de Jacques Chazaud, nouvelle édition, Paris, L' Harmattan 2000. 167 p

¹² FOUCAULT Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Gallimard, 1972. Première édition en 1961. 613 p.

GOFFMAN Erwin, *Asiles. Eudes sur les conditions sociales des malades mentaux*. Première édition en 1961. Traduction et présentation de Robert Castel. Les Editions de Minuit. 1968. 452 p. Pages 179-183.

¹³ CASTEL Robert. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*. Paris, Editions de Minuit, 1976. 333 p.

¹⁴ FANON Frantz. *Peaux noires et masques blancs*. 1952. Editions Poche 2015.

¹⁵ « Misère de la psychiatrie ». *Esprit* n°197, 20^e année. décembre 1952. Albert Béguin : « Qui est fou ? ».

¹⁶ COFFIN Jean Christophe. *La transmission de la folie, 1850-1914*. Paris, L'Harmattan, 2003. 286 p. - SWAIN Gladys. *Le sujet de la folie, naissance de la psychiatrie*. Précédé de GAUCHET Marcel, « De Pinel à Freud », Paris, Calmann-

Les études sur les femmes arrivent un peu plus tard, en Grande-Bretagne¹⁹, aux Etats-Unis²⁰ et en France, avec l'ouvrage retentissant de Yannick Ripa, *La Ronde des folles*, en 1986²¹. Ces études énoncent et dénoncent les ravages d'une conception normative de la folie, patriarcale et punitive des asiles, des conditions d'internement abusives et d'un régime de vie particulièrement sévère et dégradant. En France, où la population asilaire n'a cessé d'augmenter tout au long du XIXe siècle, la proportion croissante et dominante des femmes est repérée par tous les historiens qui ont abordé cette question.

« Derrière les seuls murs de l'asile, elles sont 9.930 en 1845-49 et 19.692 en 1871 à cacher leur démence. Cette progression effrayante laisse à penser que toute femme est une folle en puissance... La sempiternelle faiblesse constitutive de la femme s'allierait donc à une indéniable fragilité mentale. »²²

Ce constat est repris par Laure Murat :

« Entre 1850 et 1870, le nombre des femmes internées a plus que doublé en France. A la Salpêtrière, la majorité des placements relève de décisions policières, qui jettent derrière les barreaux de l'asile filles de joie, alcooliques, indigentes, pour la moitié d'entre elles célibataires. Dans les établissements privés, 80% d'entre elles sont placées par des hommes, pères, frères ou maris. Si bien que l'on est en droit de se demander si les femmes ne sont pas dans l'esprit de la bourgeoisie au pouvoir, condamnées par nature à la folie. ... Parce que leur affranchissement menace l'ordre public ou trouble l'ordre familial, les femmes revendiquant leur autonomie seront taxées d'aliénées, d'hystériques, de maniaques. »²³

Frédéric Carbonnel, pour les asiles de la Seine Inférieure entre 1800 et 1914, note « qu'au tournant des XIXe et XXe siècle, le grand renfermement frappe en priorité les femmes issues des classes populaires. Les femmes représentent 59,5% de la population internée en Seine Inférieure en 1898, puis 65% en 1909. »²⁴

D'autres contributions s'attachent à l'histoire de cas individuels dont l'analyse permet de révéler plus finement les contextes, et les pratiques d'internement. Camille Claudel et son

Lévy, 1997. 193 p. - SWAIN Gladys. *Dialogue avec l'insensé. Essais d'histoire de la psychiatrie*. Précédé de GAUCHET Marcel. *A la recherche d'une autre histoire de la folie* » Paris Gallimard. 1994.

¹⁷ CARROY Jacqueline, OHAYON Annick, PLAS Régine. *Histoire de la psychologie en France*. Paris, Editions La Découverte, 2006. 271 p.

¹⁸ EDELMAN Nicole. *Les métamorphoses de l'hystérie, début XIXe à Grande Guerre*. Paris, La Découverte, 2003. 346 p.

¹⁹ SHOWALTER, ELAINE. *The female malady :women, madness, and English culture 1830-1980*. New York : Panthéon Books. 1985.

²⁰ CHESLER P. *Women and Madness*. San Diego : Harcourt Brace Jovanovich, New York : Double day, 1972.

²¹ RIPA Yannick. *La ronde des folles. Femmes, folie et enfermement au XIX siècle 1838-1870*, Paris, Aubier. 1986. 216 p.

²² RIPA Yannick. *Op.cit*

²³ Laure MURAT. *La maison du Docteur Blanche. Histoire d'un asile et de ses pensionnaires de Nerval à Maupassant*. Edition Revue. Gallimard 2001 et JC Lattès, 2013.

²⁴ Frédéric Carbonnel. *Folles et vagabondes dans les asiles de la Seine Inférieure (1800-1914)*. *Clio Femmes, Genre, Histoire*. 32/2010. P. 233-252.

histoire ont donné lieu à une abondante production littérature et cinématographique, parfois romancée²⁵. D'autres cas moins connus ont mobilisé les historiens, comme ceux d'Hersilie Rouy²⁶, de Nanette Leroux²⁷, de Lady Lincoln²⁸ et d'autres encore. Aude Fauvel, à propos du cas « d'Edith », que son père fit interner d'urgence car elle était éprise « d'un homme pauvre, socialiste et irlandais, et pis encore, qu'elle voulait vivre avec lui sans se marier »²⁹, souligne comment ce type de cas sert « d'illustration » aux thèses classiques défendues par de nombreuses historiennes sur le sexisme de la psychiatrie et la misogynie des aliénistes. Sans « remettre en cause cette lecture du rôle franchement détestable des spécialistes de cette époque », elle propose de relire cette histoire sous un autre angle, et en particulier sous l'angle des « interactions médecins/patients » et du rôle des altérations « des savoirs des uns sur la parole des autres ». Elle souligne que l'on a sans doute, jusqu'à présent, « exagéré la rigidité du corps médical, et inversement sous-estimé la capacité des patients et des patientes en particulier, à contrecarrer les élucubrations des docteurs ». L'histoire d'Henriette D., retracée par Isabelle Von Buelzingsloewen, et bien qu'elle se passe au XXe siècle, attire l'attention sur l'accumulation de faits et de conditions relativement « ordinaires », au sens de non extraordinaires, qui ont entouré l'internement de cette femme entrée à l'asile à l'âge de 40 ans et qui y est restée soixante-dix ans !³⁰

Entre chiffres effrayants, pratiques asilaires terrifiantes, misogynie dominante, séquestrations individuelles abusives ou internements sans fin, l'historiographie de l'internement des femmes et les représentations populaires apparaissent tout à fait en cohérence. Elles semblent même se renforcer mutuellement.

Pourtant un certain nombre de critiques se sont depuis élevées en Grande-Bretagne³¹ et en France sur au moins deux points, comme le souligne Marie Derrien : d'une part, « réduire l'enfermement asilaire à la question des internements abusifs conduit l'historien à

²⁵ DELBEE Anne. *Une femme : Claudel, Prénom Camille, sculpteur*. Presses de la Renaissance. 1982

²⁶ ROUY Hersilie *Mémoires d'une aliénée* (1885) Préface d'Anne Roche, Le coq Héron. 1999, et RIPA Yannick, *L'Affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIXe siècle*. Paris, Tallandier, 2010, 296 p.

EDELMAN Nicole « Yannick Ripa, L'Affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIXe siècle », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique* [En ligne], 112-113 | 2010, mis en ligne le 03 mars 2011, consulté le 09 mars 2016.

²⁷ FAUVEL Aude. « Hystérique mais pas si folle », A propos du livre de Jan Goldberg », *Hysterica complicated by ecstasy. The case of Nanette Leroux*, Princeton University Press, 2009. *La vie des idées.fr*, le 25 juin 2010.

²⁸ EDELMAN Nicole. *Histoire de la maladie et du somnambulisme de Lady Lincoln*. Tallandier, 2009. 285p

²⁹ FAUVEL Aude. « Cerveaux fous et sexes faibles. Grande Bretagne 1860-1900 ». *Clio, Femmes, Genre, Histoire*. 1/2013, n°37, p.41-64.

³⁰ VON BUELZINGSLOEWEN Isabelle. « A propos d'Henriette D. Les femmes et l'enfermement psychiatrique dans la France du XXe siècle ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. 26/2007 pp. 89-106, 2007.

³¹ HIDE Louisa. *Gender and class in English Asylums 1890-1914*. Palgrave. 2014, 256p.

n'envisager l'aliénisme que dans une optique teintée de misérabilisme»³² et d'autre part, certaines études centrées sur le seul internement des femmes manqueraient d'une mise en perspective indispensable aux études de genre :

« Or il nous paraît indispensable pour qui veut mettre en lumière l'influence exercée par le genre, c'est-à-dire le poids de la construction sociale et culturelle de la différence des sexes sur les discours et pratiques psychiatriques, de mettre en regard enfermement asilaire au féminin et enfermement asilaire au masculin ». ³³

L'étude de Patricia Prestwich sur les dossiers des patients de l'asile Sainte-Anne, à Paris, entre 1876 et 1914, bouscule ces représentations habituelles sur les comportements des hommes et des femmes : « Près de 40% des hommes sont placés par leurs épouses, il en est de même pour les femmes (...) Rare exemple d'égalité dans le genre, les épouses et maris enfermaient chacun l'un l'autre dans des proportions à peu près égales » souligne-t-elle, avant d'insister sur la nécessité d'une interprétation dynamique et dialectique des processus de médicalisation et d'internement. ³⁴(*ma trad.*)

Récemment, avec « l'histoire par en bas », des historiens ont développé une approche centrée sur les acteurs « modestes » ou « profanes » dont il s'agit de repenser l'action dans l'histoire³⁵. Ils mettent en avant le rôle des patients, des familles, et de leur environnement social dans les parcours asilaires et les processus d'internement ou de sortie des asiles. Ces chercheurs ont privilégié l'analyse d'archives hospitalières au plus près des individus et du fonctionnement institutionnel. « La micro-histoire est née avec la volonté de faire accéder le récit historique des populations qui en étaient jusque-là absentes. » Comme le dit Benoit Majerus, « si j'ai choisi d'aborder l'histoire de la psychiatrie au XXe siècle « *au ras du sol* », c'est parce que je suis convaincu que c'est cette modulation locale qui permet d'apercevoir le fonctionnement des sociétés institutionnalisées». ³⁶ Leurs études ouvrent des

³² DERRIEN Marie. *La folie au féminin. L'internement des femmes dans les asiles français entre 1900 et 1939*. Mémoire de Master 1. Université Lyon 2. Sous la direction d'Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN.

³³ Ibid.

³⁴ Patricia PRESTWICH. Family strategies and medical power : « voluntary » committal in a parisian asylum, 1876, 1914. In Porter Roy, Wright (de). *The confinement of the insane : international perspectives, 1800-1965*. Cambridge University Press, 2003, pp 79-99. (*ma trad.*)

³⁵ « L'histoire des sciences « par en bas » », Appel à contribution, *Calenda*, Publié le lundi 04 juin 2012, <http://calenda.org/208802>. GUILLEMAIN Hervé, Chronique de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe du XIX au XXI siècle ». Editions de la Reinette. 2010.

GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane. *Du front à l'asile, 1914-1918*, Alma éditeur, 2013. 415 p.

³⁶ MAJERUS Benoit. *Parmi les fous, une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*. PU Rennes, 2013, 305 p.

perspectives nouvelles sur des réalités de terrain, la connaissance des populations internées, le rôle des familles et le fonctionnement institutionnel des asiles dans leur environnement.³⁷

Ayant choisi, pour des raisons fortuites, la période de 1900 à 1914, j'ai été confortée par la lecture de la thèse d'Aude Fauvel quant à l'intérêt de cette période, qui est considérée comme faisant partie de la fin du XIX^e siècle³⁸. Elle souligne le fait que la plupart des recherches portent sur les débuts de l'aliénisme, autour de Pinel, Esquirol et de la création des asiles, alors que la deuxième partie du XIX^e siècle est particulièrement intéressante avec la montée d'un mouvement continu de contestation de l'aliénisme en particulier sous la III^e République. L'anti-aliénisme, la critique de ces « Bastilles modernes » portaient sur deux points essentiels : d'une part, l'arbitraire des décisions et des pratiques d'internement et, d'autre part, l'absence de soins et même pire, l'aggravation assurée de la folie pour les personnes internées. Ce mouvement s'est accentué dans les années 1880 sur la base de différentes affaires plus ou moins connues, en particulier l'Affaire Rouy³⁹ et « le crime de Clermont »⁴⁰ qui vont faire l'objet de procès, campagnes de presse, publications et débats politiques. La presse quotidienne a fait écho à ces affaires en publiant, entre autres, des témoignages critiques venant des personnels des asiles et d'anciens internés. Ecrivains et romanciers mirent en scène des internements abusifs organisés avec la connivence des médecins et ridiculisèrent les théories aliénistes. Le milieu juridique se mobilisa, les républicains prirent position dans ce mouvement et préparèrent un projet de loi pour modifier la loi 1838. Cet énième projet de réforme ne passera pas plus que les précédents au Parlement. Car cette fois-ci, le projet adopté par le Sénat ne put être voté à l'Assemblée en raison de la déclaration de guerre en 1914.

³⁷ DERRIEN Marie. *La folie au féminin. L'internement des femmes dans les asiles français entre 1900 et 1939*. Mémoire de Master 1. Université Lyon 2. Sous la direction d'Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN.

DUCASTEL Justine. *Entrer à l'asile, y vivre et y mourir... Trajectoires et conditions d'internement des femmes colloquées et décédées au Beau Vallon entre 1914 et 1964*. Mémoire de Master en histoire, UCL, 2013.

LE BRAS Anatole. *Négociant l'internement. Les aliénés du Finistère entre familles, autorités et médecins (Asile saint Athanase, 1850-1900)*. Master d'histoire, Institut d'études politiques de Paris, Ecole doctorale de Sciences PO. 2014. 252 p. LE BRAS Anatole. L'asile d'aliénés et le désordre des familles. *Revue d'histoire du XIX^e siècle* n° 53, 2016/2, pp. 171-187.

RICHELLE Sophie. *Les folles de Bailleul, Expériences et conditions d'internement dans un asile français, 1880-1914*, Bruxelles, Université des femmes, *Cahiers de l'UF*, 2013.158 p.

³⁸ FAUVEL Aude. *Témoins aliénés et « Bastilles modernes ». Une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800- 1914)*. Tome 1 – La constitution de l'antialiénisme au XIX^e siècle. 377 p. Tome II. Les aliénés, les aliénistes et la société civile face à la maladie du siècle. 687 p. EHESS Doctorat Histoire et Civilisations. 29 novembre 2005

³⁹ RIPA Yannick. *L'Affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIX^e siècle*. Paris, Tallandier, 2010, 296 p,

EDELMAN Nicole. « Yannick Ripa, L'Affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIX^e siècle », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique* [En ligne], 112-113 | 2010.

⁴⁰ FAUVEL Aude. « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*. 2002/1 n° 49-1 p.195-216.

Le milieu aliéniste, même s'il résistait très fortement, était néanmoins « atteint » par ce mouvement et quelques médecins prirent position pour mener des expériences de renouveau. Ce fut le cas dans les asiles de Ville-Evrard et de Villejuif et sans doute dans d'autres asiles. Les jeunes aliénistes, qui voulaient se démarquer des positions conservatrices de leurs homologues, se regroupèrent autour de la *Revue de Psychiatrie* fondée en 1898. Le « psychiatre », terme moderne, s'affirme à cette époque contre l'aliéniste, figure du vieux système. Aude Fauvel conclut sur l'échec des Républicains à abattre ces « Bastilles modernes » que sont les asiles. Mais tout au long de sa thèse, elle donne à repérer les fractures et les critiques qui se développent dans la société civile, médicale et politique sur les conceptions de la maladie mentale, les conditions d'internement et le système asilaire. De ce point de vue, la période 1900-1914 présente un intérêt particulier à la fois par la continuité de l'organisation asilaire depuis la loi de 1838, mais aussi du fait des pressions et mouvements issus de cette longue période de contestation.

Ce mouvement a eu des répercussions profondes dans la société de cette époque. Le courrier qui suit, d'une femme internée en 1911, en est une des manifestations.

« Cher ami,... as-tu reçu ma lettre ? (...) ici on ne soigne aucune maladie ; c'est un asile, un refuge et c'est tout. (...) et quand je dis à cet aliéniste aliéné que j'ai très mal dans la bouche il me répond de son air le plus faux : je vous donnerai quelque chose et en effet il me donne douze pastilles de chlorate et un peu d'eau iodée et avec ça il prétend que je n'ai plus rien. (...) Pourquoi ai-je fait la bêtise d'entrer ici car s'adresser à la conscience de cet homme, c'est comme si je m'adressais à un bloc de marbre et j'espère bien que la justice céleste le punira de tout ce que j'ai souffert par sa faute. (...) Il prétend ce monstre que j'ai des idées de suicide; non mon ami, j'ai au contraire envie de vivre et de bien vivre et c'est lui qui est mon assassin, un assassin moral ; car il ne suffit pas seulement de retourner le couteau dans le cœur de quelqu'un pour le tuer; oui c'est lui mon assassin (...) aide moi à sortir de cette vilaine maison ou je n'aurais jamais dû franchir le seuil, écris à cet homme dont la vue seule me fait horreur (...) car je ne suis pas folle, je possède et ai toujours possédé la plénitude de mon intelligence, (...) j'ai besoin de soins je les trouverai plus sûrement dévoués que ceux qu'on me donne ici et où le chef de ma section est un assassin. Ecris lui sans faute cette semaine ». M.M⁴¹.

Enquête, archives et langage

Mon étude « du » ou plutôt « des » devenir des femmes internées dans les institutions asilaires a pris la forme d'une enquête qui porte cette fois uniquement sur une population de femmes et pendant une période courte, afin de bénéficier d'une certaine cohérence des pratiques sociales et médicales.

⁴¹ Maison-Blanche. D4X3-1058. Dossiers de sortie. N° 147786. Henriette M. 35 ans, entrée le 12 avril 1911. Tendance au suicide, dépression mélancolique, déjà traitée. Sortie améliorée, « peut être rendue à la liberté », le 7 octobre 1912. Cette lettre retenue au dossier de la malade n'est jamais partie.

Cette enquête n'est pas une étude monographique ; elle est réalisée dans quatre asiles afin de saisir non une unité particulière, mais les spécificités du système asilaire, effectivement réglé comme un système, d'un lieu à l'autre. Elle a aussi pour objectif d'observer une diversité de populations-sources (Province/Paris).

L'objectif est donc de saisir les parcours de ces femmes dans leurs spécificités contrastées, à la recherche des raisons qui peuvent nous faire comprendre comment il se fait que certaines s'en sortaient et que la majorité n'en sortait pas. Ces parcours particuliers seront abordés à partir de la notion de *carrière morale*, concept forgé par E. Goffman⁴² pour désigner la façon dont l'institution asilaire modèle et modifie le destin social de l'individu qui a été « happé » par elle. Pour lui, la catégorie de « malade mental » doit être prise dans un sens strictement sociologique. En effet, quelles que soient les formes de maladie, le fait d'être traitée en institution confronte chaque personne à des conditions identiques qui vont déterminer un certain « remodelage social », témoin de la puissance des forces sociales à l'œuvre.

Ce travail, soutenu par les concepts et les méthodes de la microsociologie, s'est appuyé sur la réalisation d'une enquête de type prosopographique. Toute cette étude, comme beaucoup d'autres en histoire mais pas en sociologie, repose donc sur la collecte, le traitement et l'analyse de documents d'archives, archives hospitalières individuelles et archives collectives imprimées. Piquée par « *Le goût de l'archive* »⁴³, je n'ai pas échappé à la fascination et aux débordements que suscite ce travail particulier.

Ainsi cette recherche n'est pas seulement située dans un contexte historique particulier mais elle s'immerge dans le symbolique, dans l'univers des mots, des phrases, des discours. En travaillant sur des *archives hospitalières*, nous travaillons sur des écrits de diverses sortes visant à identifier - dénommer - signifier - qualifier - classer - compter tout ce qui appartient au monde des malades et des fous et tout ce qui s'y rapporte. Toute l'enquête repose sur le matériau linguistique de cette époque avec ce qu'il en reste d'accessible après de nombreux tris et évacuations. Chacun de ces supports est produit selon des règles qui lui sont propres et donnent un sens particulier aux énoncés en fonction du contexte particulier de cette énonciation, du statut de l'auteur, de la personne réelle ou morale à qui cet écrit est adressé, des circonstances qui ont entouré et provoqué cet écrit.

⁴² GOFFMAN Erwin, *Asiles. Etudes sur les conditions sociales des malades mentaux*. Présentation de Robert Castel. Les Editions de Minuit. 1968. 452 p. Pages 179-183.

⁴³ FARGE Arlette. *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil 1989. Seuil Collection Points Histoire. 1997. 154 p.

Cet univers symbolique précède l'asile. Il est des façons de parler des fous et des folles, des « maisons de dingues » dont on menace les enfants désobéissants et les jeunes effrontées, de cacher la folie, cette chose honteuse, tare héréditaire, qui rappellent la charge émotionnelle et stigmatisante dont il est porteur. Ensuite, une fois entrée à l'asile, la personne *happée* par l'institution va faire l'objet d'un « façonnage » par les mots, les règles, les pratiques de l'ensemble des acteurs de l'institution asilaire mais aussi de ceux qui sont en relation avec elle, familles, proches, administration, etc.

Concrètement, nous verrons tout au long de cette étude comment cette production se manifeste au travers de multiples mises en forme symboliques du réel. A commencer par la loi de 1838 qui n'est pas seulement une loi d'organisation et de financement des asiles, mais qui désigne aussi ceux qui font l'objet de cette loi, leur assigne un statut selon le mode de placement « volontaire » ou « d'office », avec les droits et obligations pour chacun de ces statuts. Ainsi, un « placé volontaire » est placé par un tiers pour des troubles divers qui ne sont pas dans le champ de la dangerosité ; à ce titre, la famille paye les frais de sa pension et garde la décision de sortie, y compris contre l'avis du médecin. Par contre, le « placé d'office » a quant à lui fait l'objet d'un ordre de placement administratif, il a pu être ramassé sur la voie publique ou être amené par un tiers qui n'est pas considéré comme décisionnaire ; il est pris en charge financièrement par le département au titre de sa dangerosité réelle ou potentielle, sa sortie est ordonnée par le préfet sur l'avis du médecin de l'asile. Ces deux petits mots « d'office » ou « volontaire » en disent long sur les différences de circonstances, d'obligations et de possibilités qui leur sont attachées.

Parallèlement, les professionnels de cette spécialité de la médecine ont développé une immense activité de production de modèles théoriques, définitions, classifications, débats, que l'on retrouve dans les publications, actes de leurs congrès et manuels de psychiatrie. Cet univers de référence était, on le verra, en évolution permanente au XIX^e siècle, comme il l'est toujours actuellement. Pour autant, on observe toujours dans les pratiques sociales et professionnelles des écarts entre le cadre prescrit et la façon dont, dans l'action, les différents acteurs se l'approprient, s'adaptent aux contextes et à leurs contraintes, contournent éventuellement les règles, inventent et font évoluer le cadre initial. Dans le cadre de l'asile et dans leur activité quotidienne les médecins manipulent toutes ces notions à des moments et avec des interlocuteurs différents. Par contre il est important de situer l'acte précis de production des diagnostics écrits, qui ont pour fonction d'être l'argument légitimé par leur fonction, des décisions qui sont prises d'interner une personne, de la « maintenir » internée

ou de « signer sa sortie ». Ainsi les dossiers sur lesquels nous allons travailler ne sont pas des documents cliniques ordinaires. Tous les certificats sont établis à un rythme et dans des conditions encadrées par la loi de 1838. Ils ont pour fonction essentielle d'être la trace médicolegale des décisions prises tout au long de la carrière des internées. Ce sont bien des *actes* qui sont ici posés, avec leur composante médicale mais avec aussi beaucoup d'autres composantes sociales, économiques, réglementaires, personnelles, comme l'explique ici un des médecins-chefs d'un asile parisien.

« Les malades mises en liberté présentaient, au point de vue clinique des degrés divers de performance psychique, depuis l'amélioration simple, plus ou moins marquée jusqu'à la guérison ou le retour à l'état mental habituel du sujet. Parfois cette amélioration est juste suffisante pour qu'il soit possible de donner satisfaction aux réclamations pressantes d'une famille qui insiste pour ramener chez elle, sa malade. »⁴⁴

Ainsi les certificats médicaux sont-ils des écrits d'une pratique opérationnelle, d'un certain « art de faire » pour reprendre l'expression de Michel de Certeau⁴⁵. Ce sont des énoncés pour lesquels le contexte de leur production joue un rôle essentiel, « qui n'ont pas à être traités comme des affirmations vraies ou fausses, ni des non-sens, mais comme des écrits visant à faire quelque chose », ce qu'Austin a défini comme des « énoncés performatifs ».⁴⁶ Les opérations d'internement, de diagnostics, les décisions de maintien à l'asile ou de sortie, les relations entre les asiles et l'administration, entre les médecins et les familles, remplissent une fonction *performative* chaque fois située et particulière.

Les imprimés de la bureaucratie asilaire peuvent être considérés dans cette optique comme les témoins de pratiques instituées, gravées par le rouleau de l'imprimerie. Enfin les femmes internées, les familles, sont prises aussi dans ce bain de langage qu'elles s'approprient ou qu'elles récusent. Ce langage n'est pas « naturel », il est continuellement construit socialement, et qui plus est, lourd de stigmatisation et de charges émotionnelles. « *Je ne suis pas malade, je ne suis pas folle pour être ainsi internée* » écrivent quelques femmes au médecin ou au directeur de l'asile. Ces quelques mots témoignent de l'affolement que peut induire le fait d'être médicalement et socialement étiqueté comme « fou » ou « folle », et enfermé(e) à ce titre.

⁴⁴ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine*, Année 1906, Asile de Vacluse, Dr Dupain, Médecin chef de la division des femmes. Page 126.

⁴⁵ DE CERTEAU Michel. *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*, Gallimard 1980. Folio 1990. 349 p. pp.77-81.

⁴⁶ AUSTIN J.L. *Quand dire c'est faire*, 1962. Seuil 1970. Pour la version française. 202 p.

Il en est de même de la production statistique, comme l'a souligné Alain Desrosières⁴⁷, car elle ne fait pas que compter, elle donne une certaine forme à cette réalité en nommant, classant, présentant et calculant d'une certaine manière les unités et mouvements qu'elle contrôle en fonction de « l'ampleur et de la solidité de l'investissement social dont résultent ces taxinomies et ces codages ». Comme on le verra également, il sera nécessaire de comprendre les principes et méthodes qui présidaient à leur production.

En travaillant sur les archives hospitalières, nous sommes donc en présence de tous ces énoncés qui consistaient à identifier les personnes, à qualifier malades et maladies, à les catégoriser, classer, étiqueter, et *volens nolens*, à les stigmatiser et enfin justifier les décisions les concernant. C'est sur les traces écrites restantes de ces actions que sera mené le travail d'enquête sur le devenir des internées et la façon dont était décidé leur devenir.

Notre étude ne se situe pas dans le champ critique des idées médicales et de la nosographie, ni dans une analyse linguistique de ces énoncés. Mais on mesure ici l'enjeu de cette particularité du travail mené à partir de fragments et de traces écrites, qui obligent chaque fois à le contextualiser pour s'assurer de ne pas l'assimiler aux notions et prénotions spontanées ou anachroniques.

En ayant pour objectif le travail sur les carrières asilaires, cette étude va s'attacher aux processus de décision et à leurs énoncés, au jeu des interactions et des ajustements qui se manifestaient à cette occasion, et dont les éléments de langage sont la seule trace qui nous soit accessible. Leur mise en contexte, historique et symbolique, est donc à chaque fois essentielle et fera l'objet d'un travail aussi attentif que possible dans chacune des étapes de ce travail. Chemin faisant j'ai réalisé à quel point ma formation et ma pratique de *l'analyse de l'activité de travail* en ergonomie retrouvait toute son actualité dans la poursuite des *traces de l'activité humaine* à partir des documents écrits et des études de cas.

Présentation de ce « mémoire »

Il s'organise autour des trois étapes du cheminement de cette étude.

La première partie examine la façon dont la statistique asilaire du XIXe siècle et les commentaires qui l'ont accompagnée permettent de repérer les différences entre les femmes et les hommes à leur entrée à l'asile puis dans les effectifs constants. Elle révèle que le moindre enfermement des femmes à l'admission existe depuis la création des asiles, ainsi que

⁴⁷ DESROSIERES Alain. *Pour une sociologie historique de la quantification*. Paris Mines, 2008.

leurs sureffectifs en lits occupés ; ce phénomène a toujours été chiffré et commenté dans les différents rapports de cette période depuis la création des asiles en 1838. Les sureffectifs féminins se fabriquent donc à l'intérieur de l'asile. Comme le dit élégamment Jean Christophe Coffin, « suite au développement de la statistique, les médecins découvraient au XIXe siècle que, si l'on s'en tient aux chiffres des admissions, les femmes étaient moins sujettes à la folie que les hommes ».⁴⁸ Cette approche différentielle a été complétée par une analyse qui associe l'âge et l'état civil de cette population internée, variables sociales qui participent éminemment à la construction sociale de genre et ouvrent un angle d'approche semble-t-il peu exploré sur cette période historique.

La mise en place de l'enquête sur les *carrières* des femmes internées commence avec la deuxième partie. Elle porte sur une population de femmes uniquement, qui ont été internées entre 1900 et 1914. On y trouve la présentation de l'échantillon d'enquête et des méthodes de recueil de données, ainsi que l'organisation du corpus des données médicales et sociales recueillies dans les registres et les dossiers. Les premiers résultats portent sur les caractéristiques de cette population et les modes de sortie observés dans cet échantillon. Les taux de sortie obtenus, qu'il s'agisse des décès ou des sorties dites « guéries » ou « améliorées », font ressortir d'emblée à quel point la prise en compte des données temporelles relatives à ces parcours va produire des résultats inédits et d'une toute autre ampleur que la statistique gestionnaire des asiles sur laquelle nous travaillons habituellement et qui a fondé nos représentations dites objectives mais aussi fantasmées du monde asilaire.

Le troisième chapitre présente les déroulements de carrières au rythme des asiles. Carrières courtes, longues et très longues, carrières d'asile en asile : où fallait-il mettre le seuil de la longueur de ces séjours qui se sont déroulés il y a maintenant un siècle, autant dire à une toute autre époque ? Nous étudierons ici les *façons de faire*⁴⁹ déployées par les familles, les médecins et les directions d'asile autour de la sortie de l'asile. La compréhension de ce qui se passe à la sortie de l'asile étant considérée comme une des entrées pour comprendre aussi les mécanismes qui participent de la non sortie, comme dans un miroir inversé. A partir des traces écrites des registres et des courriers nous avons pu analyser les stratégies des uns et des autres ainsi que les *ajustements successifs*⁵⁰ qui se donnent à voir dans l'élaboration des

⁴⁸ COFFIN Jean-Christophe. « Sexe, hérédité et pathologies. Hypothèses, certitudes et interrogations de la médecine mentale, 1850-1890 ». p.159-186. In Gardey Delphine et Ilana Löwy (dir.) *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris Editions des archives contemporaines, 2000. 227p.

⁴⁹ DE CERTEAU Michel. *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*, Gallimard 1980. Folio 1990. 349 p.

⁵⁰ DODIER Nicolas. « Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique. » *Réseaux*. 1993. Vol 11. N°62. p.63-85

décisions de sortie. C'est dans l'étude détaillée des carrières de celles qui sont sorties, de celles qui « auraient pu sortir si quelqu'un avait accepté de s'en occuper » et de celles qui sont « restées » indéfiniment à l'asile et y sont décédées que nous avons tenté de comprendre ce qui a fait différence dans le fonctionnement institutionnel et les modes de décisions qui ont présidé aux destinées de ces femmes. Le corpus rassemblé par sa variété et sa densité, a permis d'intégrer les facteurs classiques de l'analyse sociologique dans des configurations complexes associant le jeu des acteurs entre eux, et en fonction des circonstances et des contraintes locales. Ainsi, à partir des différentes composantes à l'oeuvre et des formes variables des coordinations qui se produisent, on voit se dessiner les agencements qui contribuent à la sortie de quelques-unes, ou au contraire à la constitution des formes de relégation médicale et sociale de celles qui sont restées des années durant dans les asiles.

Fascinée et parfois émue par toutes ces femmes restées cachées, abandonnées surtout, impressionnée par quelques-uns des résultats des traitements statistiques, étonnée par la densité de l'expérience humaine enfouie dans les écrits consultés, frustrée par l'impossibilité de rendre compte des multiples événements qui ponctuent ces vies singulières à l'asile, j'ai essayé de garder le cap en pensant aux leçons de Paul Veyne : « L'histoire n'est pas un immense recueil de biographies, (...), elle ne s'occupe pas des individus mais de ce qu'ils offrent de spécifique, (...) pour la bonne raison qu'il n'y a rien à dire de la singularité individuelle »⁵¹, et j'essayais de le mettre en pratique et en forme.

⁵¹ VEYNE Paul. *Comment on écrit l'histoire*. 1971, *Texte intégral* Seuil. Coll. Points, 1996. 439 p. Chapitre IV. « Par curiosité pour le spécifique », pp 70-94.

I. FEMMES ET HOMMES DANS LES INSTITUTIONS ASILAIRES EN FRANCE AU XIX^E SIECLE

La découverte que quelque chose « clochait » entre mes premiers résultats, obtenus sur un échantillon limité et sur la période 1900-1914, qui donnaient un taux d'admission plus faible pour les femmes alors que toutes les représentations couramment admises sur l'internement des femmes ont toujours souligné la supériorité de leurs effectifs, m'a conduite à examiner ces différences de résultats sur des données comparatives plus larges, sur une période historique plus longue et sur des sources de première main.

La consultation des statistiques des effectifs des asiles pour toute la France⁵² a confirmé que cet écart de représentation n'était pas le fait de mon échantillon, mais semblait bien être une caractéristique des affectifs asilaires de ce début du XXe siècle.

Pour les années 1901 et 1905, les femmes entrent à l'asile dans une proportion moindre comparée à celle des hommes. Il en est de même pour toutes les autres années, résultats que j'ai consultés mais non reproduits.

Tableau 1 - Répartition des « admis dans l'année » dans la totalité des asiles en France, en 1901 et en 1905

	Hommes	%	Femmes	%	H et F	%
1901	11936	53%	10728	47%	22664	100%
1905	11590	51%	11015	49%	22605	100%

Source. Calculs établis sur la base du Tableau XII, France entière, tous asiles⁵³.

Le tableau suivant porte sur les effectifs permanents des asiles : les femmes y sont effectivement dans une proportion nettement supérieure, en conformité avec ce que nous indiquent les études sur l'internement des femmes.

⁵² Statistique générale de la France. *Statistique annuelle des institutions d'assistance*. Imprimerie Nationale. 1903 – 1907. Statistique des établissements d'aliénés, vol 1844-1852, vol 1854-1860. Cf. en annexe 1, la copie du tableau XII pour l'année 1901.

⁵³ *Ibid.* tableau XII p. 6 et 7.

Tableau 2 - Répartition des effectifs « existants au 1^{er} janvier » des femmes et des hommes en 1901 et 1905

	Hommes	%	Femmes	%	H et F	%
1901	30233	45%	36248	55%	66481	100%
1905	32141	45%	38552	55%	70693	100%

Source. Calculs établis sur la base du même Tableau XII. France entière, tous asiles

Cette confirmation par la statistique nationale pour cette même période posait alors deux questions. L'une, historique, qui est de vérifier si ce résultat est une caractéristique du début du XX^e siècle, et sinon de repérer à partir de quel moment les femmes auraient commencé à être moins nombreuses que les hommes à entrer dans les asiles. L'autre méthodologique, elle cherche à identifier les définitions et critères sur lesquels se fondait la notion des sureffectifs féminins chez les analystes du domaine.

Cette première partie s'attachera à examiner les façons de désigner, classer et compter les hommes et femmes internés. En s'appuyant sur les rapports et commentaires qui ont accompagné la production statistique de cette période, on essaiera de mieux comprendre ce qu'il en est de ce paradoxe des effectifs féminins par rapport aux effectifs masculins, en excès dans les effectifs permanents des asiles et en moindre nombre chaque année à l'admission.

Mais la statistique ne peut être abordée en dehors du contexte qui l'a produite, elle n'est pas seulement une exploration, « elle donne forme au réel, elle participe de sa structuration ». ⁵⁴ Par les opérations d'enregistrement et de comptage, cette production donne à voir le modelage de la figure de l'aliéné construite au XIX^e siècle. On ne peut tourner autour du chiffre sans en éprouver la signification. De quoi le nombre est-il le nom ? Qu'il s'agisse des sources traitées ou du travail produit par l'historien ou le sociologue, « rassembler, trier, inventorier, écarter, oublier, tout autant qu'énumérer, juxtaposer, hiérarchiser, proposer une typologie, compter, exemplifier, doivent être lus comme autant d'actes d'interprétation ». ⁵⁵

Ressaisir les particularités, voire les spécificités de l'internement au féminin au début du 20^{ème} siècle ne va pas de soi. Il nous faut donc commencer par présenter ici *les éléments structurants* de notre recherche, et donc pour cette première partie, la façon de nommer les aliénés puis de les compter.

⁵⁴ REY Olivier. *Quand le monde s'est fait nombre*. Paris Stock. Les essais. 2016. 319 p. page 82.

⁵⁵ HINCKER Louis, TERRIER Didier, *Le nom et le nombre. Histoire et sources nominatives en grande quantité*. Calhiste, Université de Valenciennes, 2006-2007. (non publié).

A. Désigner les « aliénés » et codifier leur internement

« Je ne suis pas fou », « Je veux m'en aller, je ne suis pas folle pour rester ici » protestent nombre de personnes internées qui ne se reconnaissent ni dans cette étiquette, ni dans les personnes qu'elles côtoient à l'asile, ni dans les raisons de leur séquestration et encore moins dans une potentielle dangerosité.

« Monsieur le Docteur Trenel⁵⁶

Je viens vous prier de vouloir bien demander pour moi ma sortie dans le plus bref délai parce que je ne peu plus attendre....Je ne suis pas malade, je suis venue sans aucune maladie, comme vous avez pu le constaté. Donc je n'avais pas à stationner dans la Maison Blanche où en réalité je n'avais pas à passer une seule journée. Parce que je pouvais me reposer mieux chez moi dans un contact qui ne m'aurait pas été contraire... On ne séquestre pas ainsi une jeune fille convenable qui n'a jamais été folle et qui n'a jamais eu de ces maladies là dans sa famille

Mademoiselle Marie B.

8 février 1909 ».

Cette lettre témoigne éloquemment de la charge immense de ces représentations, du désarroi que peut induire le fait d'être socialement et médicalement, autant dire scientifiquement et techniquement, étiquetée comme « fou/folle ». On conçoit que la chose seule puisse être « affolante ».

La loi désigne ceux qui doivent ou peuvent faire l'objet d'internement, elle définit le statut des internés conformément aux procédures qu'elle a établi. La médecine observe, définit et classe les formes de maladie mentale. Pour autant, cette nosologie professionnelle ne peut faire oublier que les figures du fou l'ont précédée depuis l'antiquité, et continuent d'alimenter la fantasmagorie populaire. Quelle que soit la façon dont on les nomme, la folie, l'asile et l'internement suscitent un halo de significations problématiques, à lourde charge émotionnelle.

1. Distinguer médicalement les aliénés des vagabonds et autres marginaux

Au XVIII^e siècle, il existait déjà des hôpitaux, des hospices, des établissements religieux, des maisons de santé, des dépôts de mendicité qui accueillaien des mendiants, des indigents, des malades, des vagabonds, des aliénés, des délinquants... Les familles

⁵⁶ L'orthographe de la lettre a été conservée. Courrier de Marie B. Asile de Maison Blanche. Boîte de dossier D4X350, N° 137773. Célibataire, âgée de 40 ans, entrée le 9 avril 1908, placée d'office, deuxième internement, parents décédés. Transférée à Moisselles, le 16 avril 1909.

sollicitaient un ordre du roi par « Lettres de cachet » dites de famille⁵⁷ pour interner les insensés, libertins, débauchés et toute personne gênante qu'elles avaient décidé d'écarter de façon ferme et définitive.

La loi du 30 juin 1838, dite « Loi des aliénés », porte sur l'organisation des institutions asilaires, leur financement et la prise en charge des dits « aliénés » pour lesquels elle va définir les procédures et les statuts de l'interné. Comme l'a souligné Robert Castel⁵⁸, après la révolution, il fallait changer « le principe de légitimation » qui est maintenant assuré par « la science et la médecine ». L'aliéné est alors devenu au regard de la société un « malade »⁵⁹. L'internement fait partie de la réponse thérapeutique inscrite dans la loi de 1838.

Malgré les critiques, les projets réguliers de réforme qui ont été discutés, préparés, tout au long de la III^e République, parfois votés à l'Assemblée, mais non passés au Sénat, ou l'inverse, cette loi a été d'une longévité exceptionnelle puisqu'elle restera en vigueur jusqu'en 1990.

Il y est donc dit que la fonction première de l'asile est de *recevoir et soigner les aliénés*, (art. 1) pour lesquels *un certificat médical* a constaté *l'état mental* de la personne, indiqué *les particularités de sa maladie* et la *nécessité de la faire traiter dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermée* » (art 8). A cette fonction médicale s'ajoute, et ce n'est pas secondaire, un rôle primordial en matière de sûreté publique puisqu'il est dit que les préfets ordonneront le placement d'office de toute personne dont *l'état d'aliénation compromettrait*⁶⁰ *l'ordre public ou la sûreté des personnes* (art 18) ; ou encore présentant un *danger imminent*, attesté par un *certificat médical* ou par *la notoriété publique*, maires et commissaires de police qui ordonnent l'internement (art 19). A Paris, à partir de 1872, les personnes placées d'office, d'où qu'elles viennent, adressées par les commissariats, arrêtées sur la voie publique ou à leur domicile, des bureaux judiciaires ou des bureaux des prisons, passaient par l'Infirmerie spéciale près de la Préfecture de Police où deux médecins avaient

⁵⁷ FARGE Arlette, FOUCAULT Michel, *Le désordre des familles. Lettres de cachet des Archives de la Bastille au XVIII^e siècle*. Gallimard. Folio, 2014.

⁵⁸ CASTEL Robert. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*. Paris, Editions de Minuit, 1976. 333 p. p.34.

⁵⁹ PINEL Philippe. (1745-1826) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1799)

⁶⁰ Souligné par moi. Le conditionnel concernant la question de la dangerosité ouvre tous les possibles. Il sera interprété comme une licence donnée aux familles, aux médecins et aux autorités administratives elles-mêmes, à demander abusivement l'internement. Pratique qui sera régulièrement dénoncée, question toujours d'actualité.

en charge de vérifier leur état d'aliénation, de les diriger ensuite vers l'Asile Sainte-Anne ou de les remettre aux bureaux qui les avaient adressées ou en liberté⁶¹.

Ces formulations trahissent clairement l'effort systématique de *médicalisation* du paradigme réglant le système asilaire : « *L'état d'aliénation* », dont la définition est supposée connue et uniforme, et le certificat médical qui seul, peut en attester, sont devenues les conditions légales de l'internement. Quels que soient les intervenants intermédiaires, c'est le médecin-chef de l'établissement qui aura le dernier mot.

2. D'« office » ou « volontaire », les deux types d'internement

S'agissant maintenant de l'internement, une distinction de taille vient, dans la loi de 1838, régler les modalités de ces deux modes d'internement qui définissent des statuts fort différents. Sa mise en œuvre est grosse de différences, voire de divergences pour les trajectoires des internés. Il s'agit de la distinction entre placement dit « *d'office* » et placement « *volontaire* ». Il n'y a visiblement pas de place, ni dans la loi ni dans les conceptions médicales de l'époque, pour une auto-saisine de la personne affectée, demandant elle-même à être soignée. Selon Pinel et les aliénistes du XIX^e siècle, il n'est pas concevable de se reconnaître comme « fou » ou dérangé par soi-même, autrement dit la conscience de sa propre folie n'existerait pas et serait au contraire un signe de raison. L'internement n'intervient jamais que sur demande d'un tiers, lequel peut être privé (famille, voisins, employeurs...) ou public (autorités judiciaires ou administratives, maire, commissaires de police...). Et cette demande doit elle-même tenir compte de la distinction dont nous parlons, c'est-à-dire dès le départ se constituer comme démarche de placement volontaire ou d'office, avec à la clé des différences déterminantes quant au statut de l'internement et de l'interné, des droits et obligations du malade et de ses ayants-droit, et donc du parcours hospitalier et de la carrière asilaire.

La personne placée « d'office » est internée sur ordre d'une instance administrative sur la base d'un certificat médical établi par un médecin extérieur à l'asile (médecin de ville, médecin de l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de police). Tous les placés d'office ne sont pas nécessairement ramassés sur la voie publique ; la plupart du temps c'est la famille ou

⁶¹ *Annuaire statistique de la Ville de Paris. XXI^e année à XXXI^e année. Année 1905. Masson P.444. « Activité de la Préfecture de Police de Paris. 2445 personnes arrêtées sur la voie publique ou à leur domicile adressées par les commissariats de police, les bureaux des prisons et les bureaux judiciaires. Soit 1.372 hommes et 1.073 femmes. « 361 personnes n'ont pas été reconnues aliénées (soit 15%) et 2074 ont été reconnues aliénées ».*

l'entourage proche qui, muni de ce certificat, a demandé le placement au commissaire de police ou au maire de la commune, qui ont pouvoir d'en décider. Ce placement est ensuite « ordonné » par le préfet et fait l'objet d'un « arrêté du préfet de police ». Toute décision éventuelle de sortie relève en premier lieu du médecin, et ensuite de l'autorité administrative à qui il revient de l'ordonner et de signer un « arrêté de sortie ». C'est au titre de la dangerosité potentielle ou réelle que l'individu est interné et, en conséquence, ses frais de pension pris en charge par les départements. On conçoit aisément que les familles aient assimilé le placement d'office à un placement gratuit.

Photo 1 – Demande placement d'office : « dangereuse pour sa mère âgée de 83 ans (Montfavet)

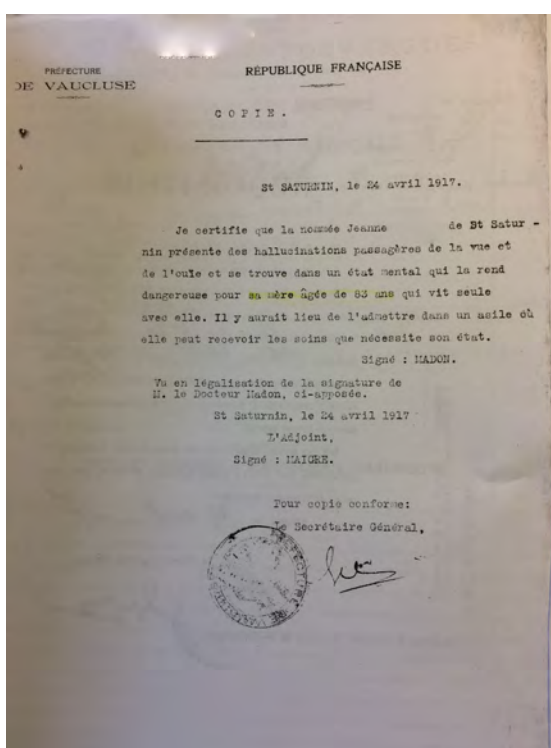
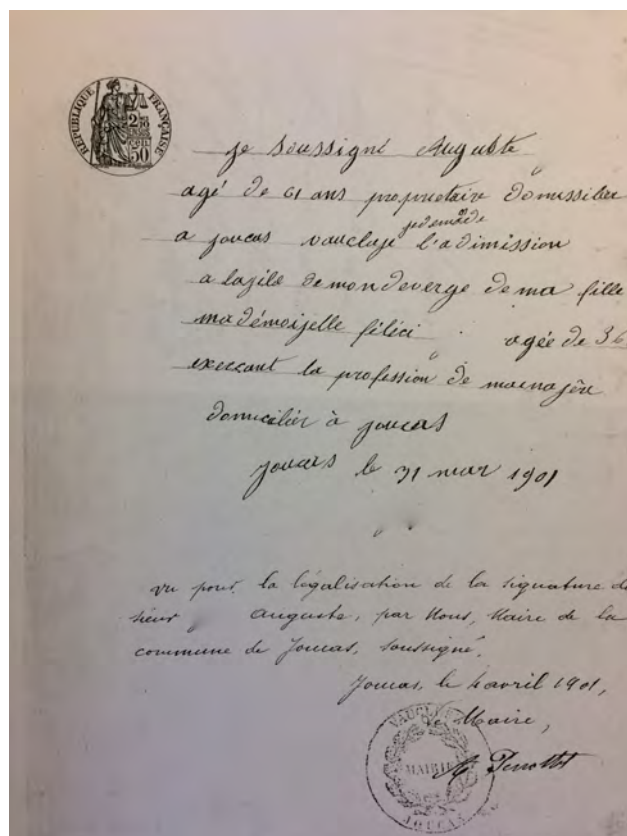


Photo 2 – Demande de placement volontaire d'un père pour sa fille. (Montfavet)



La volonté dont il est question dans le placement « volontaire » est celle d'un tiers, un membre de la famille la plupart du temps. Ce dernier doit signer une demande écrite, et produire un certificat médical.

Ce placement « volontaire » se caractérise principalement, à l'encontre du placement d'office, par le fait que le tiers demandeur est celui qui décide en dernier ressort de la sortie de l'interné. Sa décision s'imposera y compris au médecin, sauf si celui-ci est « d'avis que l'état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes » (art 14). Le préfet peut aussi « toujours ordonner » leur sortie immédiate (Art 15).

C'est ainsi qu'il est possible de lire sur un certificat de sortie :

« N'est pas guérie de son affection mentale... Malgré nos conseils, la famille veut absolument la retirer et comme cette malade est placée volontairement, nous ne pouvons nous opposer à la sortie ».

Deuxième différence essentielle en corollaire de la première : les frais de pension d'un placé volontaire sont entièrement à sa charge ou à celle de sa famille, les tarifs variant selon les classes de confort choisies. Du fait de ses implications pécuniaires, ce mode de placement s'avère être un indicateur de type socio-économique. Il arrivait d'ailleurs qu'en cours de séjour, des personnes changent de statut pour passer d'un placement volontaire à un placement d'office, non pas qu'elles fussent soudainement devenues dangereuses mais seulement parce que leurs proches ne pouvaient plus payer leur pension. Il est possible aussi que certaines décisions de sortie aient été prises, notamment en fin de trimestre échu, pour des raisons essentiellement financières.

Notons, à cet égard, que lors du congrès annuel de médecine mentale de 1891, quelques médecins dont le docteur Pierret, médecin-chef de l'asile de Bron⁶², insistèrent pour que la loi de 1838 soit réformée de manière à permettre aux « aliénés pauvres et inoffensifs » de bénéficier de la gratuité des soins sous le régime du placement volontaire. En effet, disaient-ils, nombre de familles ne pouvaient faire soigner les leurs et reculaient devant les frais occasionnés. Cette réforme n'est jamais passée.

La réputation sociale du placement volontaire est restée ambiguë. Si certains ont voulu voir dans l'accroissement régulier du nombre d'internements « volontaires » l'indice d'une plus grande confiance dans les asiles comme établissements de soin⁶³, plus généralement ce placement était, et le reste encore, soupçonné d'être utilisé par les familles pour enfermer l'un des leurs et garder la main sur la décision de sa sortie.

A l'opposé, le placement d'office relève, selon la loi, d'une décision administrative officiellement justifiée, comme nous l'avons vu, par des considérations de sûreté et d'ordre publics mais il est aussi, en réalité, le fait de familles qui ont la capacité d'obtenir que l'autorité administrative fasse interner leurs proches et, ce faisant, que le département prenne financièrement en charge l'internement. La décision de sortie relève du médecin de l'asile et de l'autorité administrative qui l'ordonne ensuite.

Le courrier suivant d'un fils à sa mère, nous remet dans le contexte de ce que pouvait représenter un internement.

*Lundi 30 soir
Ma chère Maman
(...) Je t'en supplie ne te tourmente pas là-bas, songe à toi et uniquement à
toi. Tu guériras certainement, car sans que tu t'en doutes tu étais bien faible du*

⁶² BONNET Henri. *Histoire de la psychiatrie à Lyon. De l'antiquité à nos jours*. Cesura, Lyon Editions. 1988, p.180

⁶³ LUNIER Ludger, « Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882 », *Annales médico-psychologiques*, 1884. N°12 Masson, p.206.

moral. Que serait-il advenu si tu t'étais suicidée ? Songe donc tu voulais te supprimer la vie pour des bagatelles.

Monsieur Coudert a dit à papa que si tu étais encore rester quelque temps à la maison tu serais devenu folle pour toujours.

Ce qui a été ennuyeux pour toi c'est de passer par la Préfecture, mais il fallait en passer par là, tu ne voulais pas aller dans une maison de toi-même. Il a fallu de l'énergie, malheureusement on n'en a jamais eu assez pour ton bien.

Ne te bile pas d'être à Ste Anne, il n'y a là rien de méprisant. (...) Ne te tourmente pas non plus sur ce que peuvent penser les gens. D'ailleurs très peu le savent, il n'y a que juste les personnes qui savaient dans quel état tu étais et qui allaient te voir. Toutes les autres personnes ignores où tu es. Quand elles demandent comment tu vas ? On leu répond un peu mieux. Où tu es ? A la campagne chez Hélène et voilà tout.

Ne te tourmente pas tant, je te le répète, si tu es là c'est pour te guérir.

Ne crois pas que papa t'a mis là parce que tu as fait des misères, on n'y pense même plus, ce que tu faisais était plus fort que toi et pour ainsi dire insignifiant.(...)

Ton fils qui t'embrasse bien fort de tout son cœur.

Léon Q. Ne te tourmente pas, Ne songe qu'à toi.⁶⁴

On mesure à quel point ces deux modes de placement « volontaire » ou « d'office » sont de nature composite. Un état choisi par les familles ou imposé par les autorités administrative et judiciaire, qui définit un mode de sortie différencié, c'est aussi une indication de ressource et donc de classe sociale. Régulièrement la direction des asiles et les préfets évoquaient les abus des familles et des maires qui cherchaient à

« se débarrasser d'individus plutôt incommodes que frappés d'aliénation mentale » et des médecins complices, « qui voient fréquemment du danger, non pas dans les actes que les aliénés ont commis, mais dans ceux qu'ils peuvent commettre.⁶⁵ »

Renseigné par les médecins, les maires des communes et peut-être d'autres usagers des asiles, un certain nombre de familles avait connaissance de ces grands principes de fonctionnement et de financement et ont su en faire un usage optimisé tant au moment de l'internement que dans les processus de maintien ou de sortie de l'asile. Anatole Le Bras, dans son étude sur l'asile de Quimper, relève que « de multiples exemples témoignent du fait que ce recours à l'administration aux fins d'interner est « entré dans les mœurs », et du fait

⁶⁴ Maison-Blanche. Dossier D4X350. N° 134666. Cécile C. Mariée, 46 ans, couturière. Entrée placée d'office le 26 décembre 1907. Transférée à Tournai le 7 juin 1909, avec un diagnostic de Paralyse générale. L'orthographe de ce courrier et les soulignements ont été conservés tels quels.

⁶⁵ Statistique de la France. T.3. *Mouvement de la population en 1851, 1852 et 1853. Suivi de Statistique de la France : statistique des établissements d'aliénés : de 1842 à 1853 inclusivement*. Strasbourg, Imprimerie administrative, Vve Berger Levraut, 1856- In-folio. Chapitre IV. Admissions, page xxix

que nombre de placements d'office décidés par l'autorité répondent en fait à une demande émanant directement des familles. »⁶⁶

La part des placements volontaires représentait, au milieu du XIX^e siècle, 30% des placements⁶⁷. On retrouve le même taux en 1900 dans les asiles de la Seine. En fait, il semble très variable selon les régions et les asiles. Patricia Prestwich s'est appuyée sur cette distinction entre placés volontaire et d'office pour analyser les stratégies des familles à l'Asile Sainte-Anne entre 1876 et 1914⁶⁸. Pour elle, « rare exemple d'égalité dans le genre », épouses et maris enfermaient chacun l'autre dans des proportions à peu près égales ; mais surtout les familles des placés volontaires manifestaient de véritables stratégies pour éviter l'asile auquel elles ne se résignaient qu'en dernier ressort. Elles étaient nettement plus actives pour faire sortir leurs proches et leur éviter les transferts. Les taux de sortie étaient nettement plus favorables aux placés volontaires hommes et femmes (68%) comparés aux placés d'office (48%), et en particulier pour les femmes « malgré leur âge un peu plus élevé », souligne-t-elle. (*ma trad.*) Cette distinction avec les droits associés à chacun des placements, n'échappe pas à cette malade placée d'office et qui réclame sa sortie : « *Je vous en prie accorder-moi ma sortie. Vous pouvez très bien me sortir telle que l'on m'a rentré, car personne n'a signé pour moi* ». ⁶⁹ Elle a effectivement bien conscience de ce qui la différencie d'avec ses compagnes d'infortune, placées volontaires.

Cet éclairage sur le contexte social et l'usage qui était fait de ces placements ouvre des perspectives plus nuancées sur ce qui se jouait dans le cadre de l'un ou l'autre placement, suivant que les complicités étaient nouées avec des autorités administratives ou le corps médical. On trouvera page suivante un récapitulatif des principales dispositions de la loi de 1838 sur ces deux statuts du placement en asile et les droits et obligations qui en découlent.

⁶⁶ LE BRAS Anatole. *Négociier l'internement. Les aliénés du Finistère entre familles, autorités et médecins (Asile saint Athanase, 1850-1900)*. Master d'histoire, Institut d'études politiques de Paris, Ecole doctorale de Sciences PO. 2014. 252 p.

⁶⁷ Statistique de la France. T.3. *Mouvement de la population en 1851, 1852 et 1853. Suivi de Statistique de la France : statistique des établissements d'aliénés : de 1842 à 1853* op. cité.

⁶⁸ PRESTWICH, Patricia. « Family strategies and medical power : voluntary committal in Parisian Asylum 1876-1914 ». In Porter, Roy Wright, David (ed). *The confinement of the insane : international perspectives, 1800-1965*. Cambridge University Press, 2003, p. 79-99

⁶⁹ Maison-Blanche. Boîte D4X31058. N° 146170. Rose Eugénie O. 48 ans, veuve, cuisinière. Entrée le 18 novembre 1910, placée d'office. Sortie, remise en liberté, le 28 janvier 1912.

Figure 1 - Placements volontaires et d'office. Rappel des dispositions de la loi de 1838

	Placements volontaires demandés par un tiers	Placements d'office, ordonnés par l'autorité publique
Définition	Art 8. Une demande d'admission écrite directement formulée auprès d'un établissement, par un parent ou une autre personne.	Art 18. Les personnes interdites, ou non interdites, dont l'état d'aliénation compromettraient l'ordre public ou la sureté des personnes. Art 19. En cas de danger imminent, attesté par un certificat médical, ou par la notoriété publique, maires et commissaires de police ordonnent l'internement.
Procédure d'entrée	Art 8. Un certificat médical constatant l'état mental et indiquant la nécessité de faire traiter la personne dans un établissement et de l'y tenir enfermée.	Art 19. Ordre de placement du préfet de police de Paris, ou du préfet dans les départements. Certificat médical et ordre de placement par la notoriété publique, maires et commissaires de police.
A l'entrée dans l'asile	Art 8. Dans les 24 heures, certificat du médecin de l'asile envoyé au préfet avec dossier administratif. Art 11. Quinze jours après un nouveau certificat du médecin de l'établissement.	Les mêmes procédures sont pratiquées.
Pendant l'internement	Art 12. Le médecin sera chargé de consigner sur le registre, au moins tous les mois, les changements survenus pour chaque malade, et constatera les décès et les sorties	Art 12 et Art 20. Le premier mois de chaque semestre, un rapport est envoyé au préfet pour chaque personne. Le préfet se prononce sur chaque cas pour sa maintenue ou sa sortie.
Procédures de sortie	Art 13. Dès que le médecin aura déclaré sa guérison. Art 14. Avant même la guérison toute personne cessera d'être retenue dès que sa sortie est requise par curateurs, familles, tuteurs... Art 16. Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement	Art 12. Et Art 20. Déclaration du médecin qui sera suivie de l'ordre de sortie par le préfet.
Financement	A la charge des personnes ou de ceux qui les ont placés. Avec parfois participation des communes ou d'un fonds départemental.	A la charge du département selon un tarif arrêté par le préfet, avec parfois une participation des familles.

3. « Aliénation » et « folie »

Du côté du savoir et de la pratique médico-psychiatrique, les médecins tentent d'expliquer ces deux notions qui justifient l'internement en asile. Le Dr Emmanuel Régis, dans son « Manuel pratique de médecine mentale » en 1892, rappelle cette différence entre aliénation mentale et folie :

« Dans le langage médical usuel, le mot aliénation mentale est devenu synonyme du mot folie », et pourtant, « scientifiquement cependant ils ont une acception différente ». L'aliénation mentale, est un terme générique qui comprend indistinctement toutes les altérations dont l'intelligence peut être le siège, altérations constitutionnelles ou fonctionnelles, congénitales ou acquises, transitoires ou persistantes.

La folie, elle, a un sens moins étendu, et s'applique à la perte de raison proprement dite, survenant à titre de maladie chez un individu raisonnable jusqu'alors.

« Un imbécile est un aliéné, il n'est pas fou, mais il peut aussi devenir fou ». Il est interné dans un asile en raison de son « incapacité à se diriger dans la vie du fait de ses incapacités. »⁷⁰

Cet effort de distinction, qui peut nous paraître abscons, correspond aux débats qui animaient la profession à cette époque et qui tournaient autour de la nécessité pratique et théorique d'établir une différence entre d'une part, les « états de folie » qui seraient passagers et susceptibles de « guérir », mais qui pourraient aussi devenir chroniques, tous deux objets de la médecine spécialisée en asile, et d'autre part les états durables de faiblesse intellectuelle (idiotie et débilité), qui ne sont ni des états de délire, ni de folie, qui nécessiteraient peu de médecine mais une prise en charge et une surveillance dont l'asile a été chargé, sans oublier les comportements ou les états susceptibles de danger pour soi, les autres et l'ordre public... comment s'y retrouver ?

A ce stade et pour résumer, il faut rappeler que depuis 1838 et pendant longtemps encore, l'asile était, de fait, le seul lieu de prise en charge administrative, médicale, sociale et financière d'un ensemble de troubles et de ce que l'on appelle maintenant des « handicaps » dès lors qu'ils étaient justifiés médicalement. Ces justifications s'organisent autour de « l'incapacité à se diriger dans la vie », (donc idiotie, débilité, affaiblissement intellectuel, sénilité), autour d'une série « d'états mentaux » nécessitant d'être « interné », parmi lesquels on trouve les états délirants, hallucinatoires, démentiels, dépressifs, dits de « folie », et enfin

⁷⁰ REGIS E. Dr. *Manuel pratique de Médecine mentale*. Préface de M. Benjamin BALL. Ouvrage couronné par la faculté de médecine de Paris. Edition 1892 Paris Octave DOIN éditeur – Nouvelle Edition 1906. P.29.

autour de toutes sortes de comportements dont la dangerosité potentielle ou réelle, pour soi ou pour les autres, est attestée médicalement.

4. *Médecine de ville, médecine d'asile*

Les premiers certificats, ceux du médecin de ville, sont manifestement nourris des paroles des accompagnants de la personne à interner : ils racontent les comportements dont se plaint la famille, les contenus des délires, les anecdotes, la nature des extravagances, les tentatives de suicide. Les détails sont choisis pour obtenir l'internement et sont donnés comme autant de preuves de l'impossibilité de garder ce malade à la maison, de sa dangerosité potentielle pour elle-même ou pour l'entourage et des risques encourus. On pourrait les qualifier de documents « médicaux-sociaux » au sens où ils nous donnent à voir ce qui, pour les familles, les autorités et les médecins extérieurs, délimitait les frontières de la normalité des comportements, entre ce qui était considéré comme devenu insupportable ou non gérable par l'entourage, et leur caractère pathologique ou estimé comme dangereux. Ils ressemblent parfois aux anciennes « lettres de cachet de famille », dans leur témoignage sur les situations quotidiennes, et ce fameux « désordre » comme le nomme Arlette Farge.⁷¹

Transcription d'un certificat du médecin joint à une demande de placement volontaire :

« Je soussigné docteur en médecine à Stains (Seine) certifie que Me D. demeurant à ... est atteinte d'aliénation mentale. En présence du scandale que cause cette malade qui se prétend menacée et qui a essayé déjà d'attenter à la vie de ses parents, j'estime que dans son intérêt propre comme dans celui de son entourage, il y a lieu de procéder à son internement dans le plus bref délai possible. En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat.

Le 13 mars 1907

Signé : Dr Degardin

Signé par le Maire, Bégué⁷²

A ce stade le diagnostic de la maladie mentale est rarement avancé, il est laissé aux spécialistes de l'asile qui décideront de l'admission et du maintien à l'asile. Une fois internées, les « malades », leurs maladies et leur évolution vont faire l'objet d'une nouvelle production symbolique intense dans le cadre de la clinique asilaire. On ne résumera pas ici les six cents pages du *Manuel des maladies mentales* du Docteur Régis ni sa nouvelle édition

⁷¹ FARGE Arlette, FOUCAULT Michel. *Le désordre des familles. Lettres de cachet des Archives de la Bastille au XVIIIe siècle*. Paris, Gallimard. 1982 et Folio 2014. 485 p.

⁷² Asile de Ville Evrard. Registre des Lois 119. N° 34153. Marie Clémence D. Mariée, profession non renseignée, âgée de 28 ans. Placée volontaire par son mari, le 14 mars 1907, sortie avant guérison et remise à son mari, le 17 juillet 1907.

quelques années plus tard, ni les congrès internationaux de médecine qui se tenaient à Paris ou ailleurs, ni les débats entre aliénistes publiés régulièrement dans les *Annales médico-psychologiques*, qui constituent l'environnement médical de l'internement. Nous les aborderons dans le chapitre suivant, dans le cadre des formes de maladie mentale qui feront l'objet d'une analyse dans le cadre de notre enquête⁷³.

Nous poursuivons maintenant sur la question des effectifs de femmes et d'hommes dans les asiles, au XIX^e siècle.

B. Compter les effectifs et évaluer les coûts

Pour le XIX^e siècle, on dispose à partir des années 1850 d'un appareil statistique développé par la direction des asiles dans le sillon des recherches et élaborations de la Statistique Générale. Pour son premier rapport, en 1856, l'inspection générale du service des aliénés considérait qu'elle était en « harmonie, à quelques points de détail près, avec le programme adopté par le Congrès international de la Statistique réuni à Paris en septembre 1855. »⁷⁴

1. Le nouvel ordre asilaire

La loi de 1838 étant promulguée, les institutions existantes qui accueillait jusqu'à des aliénés - hôpitaux, hospices, établissements privés religieux, maisons de santé, dépôts de mendicité - ont dû se réorganiser pour s'y conformer. L'organisation et le financement des asiles sont de la responsabilité du département :

«Article premier. Chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département. Les traités passés avec les établissements publics et privés devront être approuvés par le ministère de l'intérieur».

Au début du 20^e siècle, il existe de fait cinq types d'institutions fonctionnant selon les principes de la loi.

- Un seul établissement national fait exception à cette règle, *l'Asile de Charenton*. Ancienne maison royale, il est réservé aux personnes envoyées par les Ministères de la Guerre et de la Marine, ayant assuré une fonction particulière au service de l'état

⁷³ Un glossaire en annexe résume la définition des principales formes de maladie mentale décrites à cette époque.

⁷⁴ Statistique de la France. T.3. *Mouvement de la population en 1851, 1852 et 1853. Suivi de Statistique de la France : statistique des établissements d'aliénés : de 1842 à 1853 inclusivement*. Op.cit.

français et qui sont prises en charge à ce titre-là. Compte tenu du prix de pension élevé, les autres personnes doivent justifier de revenus suffisants.

- *Les asiles départementaux* sont les établissements publics créés par la loi de 1838. En 1900, le territoire n'est pas entièrement couvert et quelques asiles reçoivent les aliénés de plusieurs départements.
- *Les quartiers d'hospices* existants dans les hôpitaux, avec une population d'aliénés indigents souvent âgés, vont rester actifs.
- *Des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics* : Il s'agit ici des établissements religieux qui existaient déjà et qui vont être reconnus comme asile et fonctionner avec les règles, les financements et obligations de la loi de 1838, en attendant la construction des asiles départementaux. Chaque département passait un contrat avec ces asiles pour en préciser les modalités particulières.
- *Des asiles privés proprement dits, souvent appelés « Maison de Santé »*, avec un recrutement restreint et un financement autonome. Ils sont soumis au contrôle de l'inspection de la Direction des asiles.

En 1901, la population des aliénés en France compte 66.481 personnes réparties de la façon suivante dans les cinq types d'asile :

Tableau 3 - Répartition des aliénés en France. Effectifs au 1er janvier 1901

	Hommes	Femmes	TOTAL	% TOTAL	Nombre d'établissements
Asile National (Charenton)	233	354	587	0,9%	1
Asiles départementaux	18.742	22.246	40.988	61,7%	51
Quartiers d'hospices	3.360	4.515	7.875	11,8%	15
Asiles privés faisant fonction d'Asiles publics	7.339	8.327	15.666	23,6%	18
Maisons de santé - asiles, privées	559	806	1.365	2,1%	29
TOTAL	30.233	36.248	66.481	100,0%	

Source : Statistique générale de la France, d'après le tableau XII⁷⁵.

Les asiles départementaux sont financés par les communes (33,5%), les départements (58,6%), les familles (7,7%) sur la base d'un prix de journée de 1,21 francs payé par les départements pour les aliénés indigents⁷⁶.

⁷⁵ Statistique générale de la France. *Statistique annuelle des institutions d'assistance*. Imprimerie Nationale. 1903 – 1907. Statistique des établissements d'aliénés, vol 1844-1852, vol 1854-1860 D'après le tableau XII, p. 6 et 7

⁷⁶ Statistique générale de la France. *Statistique annuelle des institutions d'assistance*. Imprimerie Nationale. 1903 – 1907. Statistique des établissements d'aliénés, vol 1844-1852, vol 1854-1860. Tableau XI

Deux lois dites « d'assistance » ont tenté de compléter le dispositif financier de la loi de 1838. Celle de 1893 qui prévoyait d'étendre la prise en charge financière des départements aux aliénés indigents et non dangereux, et qui n'a, semble-t-il, eu aucun résultat⁷⁷, puis une deuxième loi votée en 1905 pour « tout français, indigent, infirme, incurable ou âgé de 70 ans au moins ». Elle avait pour objectif de permettre les prises en charge de malades incurables par d'autres institutions que les asiles.

Dans les maisons de santé privées, le financement était entièrement pris en charge par les familles, de même pour les placés volontaires dans les asiles publics pour lesquels les tarifs variaient selon les classes de confort.

Figure 2 - Rappel des conditions de prise en charge dans les asiles publics départementaux. Exemples du département du Vaucluse

Placement d'office	Placement volontaire
Dans chaque département il existe une répartition des frais entre le département et les communes en fonction de leur taille. <i>Préfet de Vaucluse. « Les frais de traitement de cette malade seront réglés ainsi qu'il suit à partir du 1^{er} avril 1911 :</i> 25% à la charge de la commune d'Apt, 75% à la charge du département du Vaucluse. . Après enquête de la préfecture sur les ressources de l'internée et de sa famille, cette dernière peut être sollicitée pour participer aux frais. <i>Préfet de Vaucluse. « Le placement volontaire de l'aliénée, P. Flora épouse R., est converti en placement d'office. La pension 4^e classe de cette malade est révisée ainsi qu'il suit.</i> 50% à la charge de Mr R. (mari) 10% à la charge de la commune de Lorgnes 40% à la charge du département. (25 février 1907) »	Il est pris en charge par l'interné ou sa famille. Dans chaque asile il existe des classes de confort avec des prestations et des prix différents, dits « de pension ». Les internés sont nommés des « pensionnaires ». La 4^e classe, ou la 5^e classe, selon les asiles, correspond au prix et aux prestations de base, les mêmes que les placés d'office, dit « Régime commun des indigents ». Ensuite des prestations améliorées peuvent toucher à la nourriture avec chocolat au petit-déjeuner pour la 3^e classe. A partir de la 2^e classe sont concernés le logement, les chambres individuelles, les gardiens ou domestiques mis à disposition. Exemple des prix de pension en francs à Montfavet ; (1917) Classe exceptionnelle, 12,0 par jour, soit 4.380 par an 1^e classe, 7,50 par jour, soit 2.737,5 par an 2^e classe, 4,50 par jour, soit 1.642,5 par an 3^e classe, 3,25 par jour, soit 1.186,25 par an 4^e classe, 2,25 par jour, soit 821,25 par an

⁷⁷ Conseil supérieur de l'Assistance publique. 1902. Fascicule 98. Rapport du Directeur au Ministre de l'intérieur et des cultes. Melun. Imprimerie nationale 2390 XII. P.1 -4. Rapport de Monsieur Henri Monod à E. Combes.

2. La statistique asilaire

Les estimations du nombre des aliénés remontent avec beaucoup d'approximations à 1801. Le rapport de A. Constans et J. Lunier et O. Dumesnil⁷⁸ en 1874 fait le point sur les données de cette époque.

En 1815, on demandait aux préfets « le nombre des insensés » dans leurs départements. « En 1819, la France ne possédait que 8 établissements spéciaux⁷⁹, 24 hospices ou hôpitaux avaient des quartiers séparés, 15 dépôts de mendicité recevaient aussi des aliénés. Ceux qui ne trouvaient pas place dans ces établissements étaient reçus dans les couvents, les petits hospices, détenus dans les prisons ou conservés par leurs familles. » Lors de l'enquête menée par Ferrus en 1834, tous les départements n'ont pas répondu. « Ce qui ressort pour nous, c'est l'ignorance dans laquelle on était toujours dans les départements du nombre réel des aliénés existants, en particulier des indigents, tout comme ce que devait être un asile et de ses besoins. »

La loi de Finances de 1836 sur les dépenses des aliénés indigents pris en charge par les départements va nécessiter de les compter. Les auteurs citent les différents chiffres rapportés pour l'année 1837 et concluent :

« Ces chiffres ne concordent pas. (...) Il y avait une telle confusion ou si peu de précision dans la manière d'indiquer la nature des établissements. » (...) « Entre les estimations de M. de Gerando et celles d'Esquirol les chiffres variaient du simple au double. »⁸⁰

Pour eux, lorsque la loi de 1838 est votée, on est loin de connaître la situation de départ, ni sur le nombre d'aliénés potentiels, ni sur le niveau de dépenses que nécessitera la création des asiles pour les départements. En 1838, leur estimation est de l'ordre de 18.000 aliénés « séquestrés » dont 11.980 dans les asiles.

La France, comme les autres pays occidentaux, s'était dotée des infrastructures nécessaires pour procéder à une statistique étendue et régulière à partir du second Empire. Olivier Rey⁸¹ souligne la qualité des publications du service de « Recherches statistiques sur la ville de Paris et le département de la Seine », qui étaient de son point de vue un « modèle du genre », et ceci dès les années 1821. Au milieu du XIX^e siècle, les congrès internationaux de statistiques ont contribué à l'élaboration de méthodes et de règles communes entre les pays participants pour le recensement des populations et les analyses démographiques.

⁷⁸ CONSTANS, A., LUNIER J., DUMESNIL, O. *Rapport général à Monsieur le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874 par les inspecteurs généraux du service*. Paris. Imprimerie Nationale. 1878.

⁷⁹ Charenton, Bordeaux, Lille, Marseille, Avignon, Maréville, Saint Méen, Armentières. P. 24-25.

⁸⁰ Constans, A., Lunier J., Dumesnil. *op.cit.*

⁸¹ REY Olivier. *Quand le monde s'est fait nombre*. Paris Stock. Les essais. 2016. 319 p. 108.

Concernant la statistique asilaire, c'est en 1848, avec la nomination de deux inspecteurs à l'inspection générale du service des aliénés que vont s'organiser le recueil systématique et les publications sur la population des asiles. Le rapport pour l'année 1853⁸², précise en introduction que « c'est le premier rapport à présenter des tableaux et des résultats en harmonie, sauf sur quelques points de détail, avec le programme adopté par le Congrès international de la Statistique réuni à Paris en septembre 1855 ».

A partir de 1871, le service de La Statistique Nationale publie chaque année les divers recensements menés en France avec un chapitre sur « les institutions d'assistance », parmi lesquelles on trouve les asiles d'aliénés.

Bien évidemment ces publications dépendent de la qualité et de la fiabilité de la collecte qui est menée dans les établissements et les départements, sur la base de documents nationaux identiques.

Que pouvons-nous retirer de ces chiffres ? C'est à présent la question qui va nous occuper

3. Une statistique gestionnaire

Les tableaux annuels qui rendent compte du mouvement annuel des aliénés pour les hommes et les femmes sont toujours structurés sur le même principe. Les tableaux les plus complets comptent environ trente-six colonnes⁸³. (cf. copie en annexe du Tableau XII des statistiques annuelles des institutions d'assistance.)

Ces tableaux répondent à une logique gestionnaire de suivi des flux, ici ceux d'aliénés, hommes et femmes. Ils partent de « l'effectif existant au 1^{er} janvier de l'année », puis récapitulent tous les mouvements : « les admissions dans l'année », ensuite « les sorties » par guérison, décès, évasion et transferts, et se terminent par les « restants au 31 décembre » de la même année.

Cinq colonnes, permettent d'analyser l'évolution des effectifs asilaires :

- La première colonne est celle des aliénés « au premier janvier ». Elle est en principe semblable à la dernière colonne de l'année précédente, celle des restants au 31 décembre. Elle indique les effectifs asilaires.

⁸² Statistique de la France. *T.3. Mouvement de la population en 1851, 1852 et 1853. Suivi de Statistique de la France : statistique des établissements d'aliénés : de 1842 à 1853 inclusivement. Op.cit.*

⁸³ Cf. copie en annexe 1 du Tableau XII, des statistiques annuelles des institutions d'assistance.

- La colonne des « admissions » indique le nombre des entrées qui ont eu lieu chaque année. On pourrait dire qu'elle donne une idée de la demande sociale en matière d'internement. A partir de 1900, on distingue les « premières admissions », et les autres modes d'entrée⁸⁴.
- La colonne des « effectifs en traitement » additionne celle des effectifs au 1^{er} janvier et celle des admissions dans l'année. Le chiffre obtenu donne une idée du nombre de malades qui ont été traités pendant l'année. Elle est considérée comme une indication de l'activité et de la charge de travail des médecins et des personnels. C'est par rapport à ce chiffre, celui des malades présents en traitement pendant l'année, que sont calculés les taux de décès et de guérison.
- Une suite de colonnes détaille les « sorties » pendant l'année, par guérison, amélioration, décès, transfert, évasion.
- La dernière colonne, « les effectifs restants au 31 décembre », est obtenue par calcul, en soustrayant de la colonne des « effectifs en traitement », les effectifs du total des sorties. Toute augmentation par rapport à l'effectif au 1^{er} janvier est scrutée avec attention par l'administration asilaire puisqu'elle indique la montée des effectifs et des dépenses et le besoin de places, voire d'asiles supplémentaires.

4. *L'augmentation continue des effectif est l'objet d'un examen attentif*

Le tout premier constat est celui d'un accroissement sensible et continu de la population des aliénés sur le territoire national, année après année, décennie après décennie. Les inspecteurs s'en inquiètent dans tous leurs rapports. Chacune de leurs présentations appelle analyse et comparaison de cette progression avec celle des autres pays européens et des Etats-Unis. Entre le 1^{er} janvier 1835 et le 1^{er} janvier 1854, « la population des asiles a plus que doublé, en 19 ans c'est un accroissement de 133 pour cent ». Le rapport des aliénés internés au regard de la population recensée a lui aussi, considérablement augmenté : « il est à peu près 14 fois plus considérable » note le rapport de 1856.⁸⁵

⁸⁴ En fait cette colonne est plus complexe qu'elle n'en a l'air. On y trouve effectivement les premières admissions, mais aussi les rechutes, les réintégrations après évasion ou sorties avant guérison, et les personnes venant d'un autre asile ou transférées. A partir du moment où celles-ci ont été comptées dans les sorties, il fallait à nouveau les compter dans les entrées, même si elles ne font que passer d'un asile à l'autre. D'où l'intérêt d'isoler, comme il fut décidé à partir de l'année 1900, les nouvelles admissions pour mieux analyser la nature des entrées.

⁸⁵ *Statistique de la France. T.3 op.cit.* Chapitre II. La population asilaire passe de 10.529 aliénés en 1835 à 24.524,

Ce type de constat se répètera continuellement par la suite : en 1882, le nombre des aliénés internés a atteint les 49.012. « Il a donc quintuplé depuis 1835 » commente L.Lunier, qui remarque néanmoins un certain tassement de cette progression depuis 1873. En effet, avec une moyenne de 984 cas supplémentaires par an, l'accroissement est moindre que dans les premières années d'ouverture des asiles. Il ajoute que « la proportion des aliénés en France est moins élevée que dans la plupart des pays voisins, notamment en Belgique, en Angleterre et en Ecosse. »⁸⁶ Cette augmentation continue nécessite en permanence l'ouverture de nouveaux lits, la construction de nouveaux asiles.

Le tableau suivant permet de suivre la progression des effectifs de 1842 à 1905. Il comprend d'une part *les effectifs totaux des internés présents dans l'asile au 1er jour de l'année*, et, d'autre part, *des effectifs à l'admission*.

⁸⁶ LUNIER Ludger, « Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882 », *Annales médico-psychologiques*, 1884. N°12 Masson. Page 197-202.

Tableau 4 - Progression des effectifs asilaires et des admissions par année entre 1842 et 1905

Année	EFFECTIFS au 1er janvier					ADMISSIONS dans l'année				
	Hommes au 1er janvier	% Hommes sur le total de l'année	Femmes au 1er janvier	% Femmes sur le total de l'année	TOTAL Présents Au 1 ^{er} janvier	Hommes admission dans l'année	% H. sur Total des admissions de l'année	Femmes admission dans l'année	% F. sur Total des admissions de l'année	TOTAL Des admissions dans l'année
1842	7262	48%	8018	52%	15.280	3.588	54%	3.098	46%	6.686
1848	9.141	47%	10.429	53%	19.570	4.020	55%	3.321	45%	7.341
1853	11.623	49%	12.172	51%	23.795	4.790	53%	4.291	47%	9.081
1865	16.745	48%	18.135	52%	34.880					
1874	19.301	47%	21.509	53%	40.810	6.892	53%	6.169	47%	13.061
1901	30.233	45%	36.248	55%	66.481	10.695	54%	9.186	46%	20.151
1905	32.141	45%	38.552	55%	70.693	10.715	53%	9.640	47%	20.335

Sources : Années 1842 - 1853 : Statistiques des établissements d'aliénés⁸⁷. Années 1865 et 1874, Rapport Constans⁸⁸. Années 1901 et 1905 : Statistiques annuelles des institutions d'assistance Tableau XII. France entière et tous types d'établissements Tableau XII⁸⁹. Pour les années 1901 et 1905, Il s'agit des premières admissions et des réintégrations, sans les transferts.

Les pourcentages sont calculés en ligne, c'est à dire sur le total par année. En 1842, Pour 100 internés au 1^{er} janvier, 48 sont des hommes et 52 sont des femmes. Dans la même année, sur 100 personnes admises à l'asile, 54 sont des hommes et 46 sont des femmes

Ce tableau, ainsi que le graphique qui suit donne une idée de la progression des effectifs asilaires et des admissions sur cette période, tant pour les hommes que pour les femmes. Il met en évidence que :

- les effectifs des femmes en asile au 1^{er} janvier de chaque année sont toujours supérieurs à ceux des hommes puisque les femmes représentent sur les années citées, soit 51% à 55% de l'effectif total, contre 45% à 48% pour les hommes ;
- les femmes sont admises en moindre proportion que les hommes : 45% à 49% de tous les admis contre 51% à 55% pour les hommes.

⁸⁷ Statistique de la France. T.3. Mouvement de la population en 1851, 1852 et 1853. Suivi de Statistique de la France : statistique des établissements d'aliénés : de 1842 à 1853 inclusivement. Op.cit.

⁸⁸ CONSTANS, A., LUNIER J., DUMESNIL, O. Rapport général à Monsieur le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874 par les inspecteurs généraux du service. Paris : Imprimerie Nationale. 1878

⁸⁹ Statistique de la France. T.3. Mouvement de la population en 1851, 1852 et 1853. Suivi de Statistique de la France : statistique des établissements d'aliénés : de 1842 à 1853 inclusivement. Op.cit.

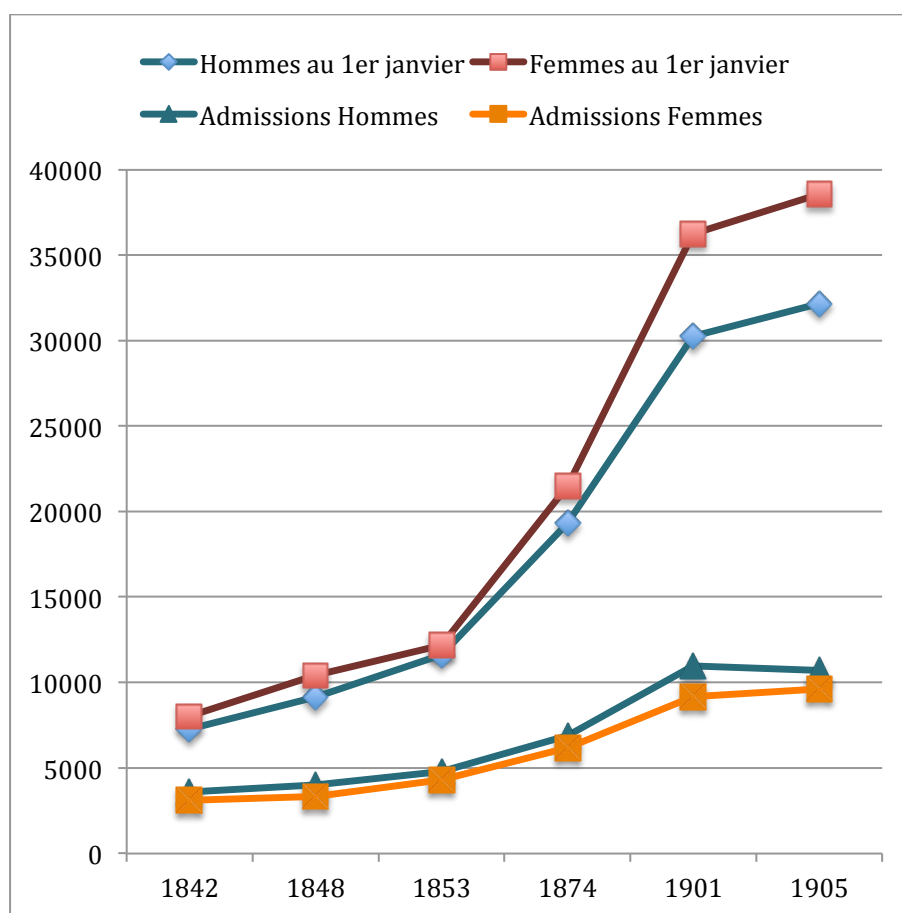
Alors « que la prépondérance du sexe féminin dans la population française qui a toujours existé, s'accroît de plus en plus »⁹⁰, cette moindre admission n'est pas en correspondance avec leur supériorité numérique dans la population.

Le graphique suivant est construit à partir des mêmes données numériques que le tableau précédent. Il est à mon sens très éclairant pour situer le point où se constitue le phénomène des sureffectifs féminins. On y remarque que :

- les admissions des hommes et des femmes progressent parallèlement dans des proportions identiques, les effectifs masculins étant légèrement supérieurs aux effectifs féminins ;
- les effectifs asilaires au 1^{er} janvier se constituent avec une progression qui va augmenter considérablement pour les hommes comme pour les femmes du fait d'un nombre de sorties inférieur au nombre des entrées. Effectifs qui se cumulent donc d'année en année ;
- cette progression des effectifs au 1^{er} janvier par cumul d'année en année est nettement plus accentuée pour les femmes que chez les hommes. *Quelque chose* se passe ici qui *accroît* le rythme de leur progression et leurs sureffectifs, en particulier à partir des années 1870.

⁹⁰ République Française. Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes. Direction du travail. Service du recensement. *Résultats du recensement général de la population effectué le 24 mars 1901*. Paris imprimerie nationale, 1904-1907. 5 volumes.

Figure 3 - Progression des effectifs à l'admission et en effectifs permanents, (1842-1905)



Sources : Mise en graphique du tableau précédent

Nous voici face à ce que nous appelons le *paradoxe des effectifs féminins*. Alors que les femmes entrent à l'asile en moins grand nombre que les hommes, elles forment pourtant, et sans discontinuer, la majorité de la population asilaire. En d'autres termes, ce « *quelque chose* » affecterait tout particulièrement la composante féminine des établissements asilaires.

Ces caractéristiques paradoxales de la population asilaire féminine ont été maintes fois relevées et commentées par les inspecteurs généraux des asiles et autres experts dans la revue des *Annales médico-psychologiques*. C'est le cas en particulier du « Rapport Constans » en 1874 et des interventions de L. Lunier dans les annales en 1884. Ces rapports vont bien au-delà d'un commentaire chiffré : ils font à chaque fois une revue générale et critique de la situation des asiles et de leur fonctionnement, discutent des réformes possibles, avancent des propositions...

C'est sur cette littérature que nous allons à présent nous pencher. Comment ce paradoxe du moins grand nombre d'entrées de femmes à l'asile chaque année et pourtant de

leur surnombre en effectifs en fin d'année, a-t-il été observé et identifié ? Comment a-t-il été analysé et interprété ? Nous allons maintenant entrer dans le détail des observations de ce phénomène par les divers témoins et auteurs tout au long du XIX^{ème} siècle.

5. Le « paradoxe » des effectifs féminins, une caractéristique du XIX^e siècle

Le constat du moindre internement des femmes s'est construit dans divers lieux et sous la plume de nombre d'observateurs tout au long du XIX^e siècle, au vu des rapports que produisaient chaque année les médecins des asiles, les grands rapports des inspecteurs, les tableaux des services statistiques des asiles et ceux de la Statistique nationale.

A Rouen entre 1827 et 1840

D'après les travaux du docteur Deboutville menés à l'asile de Rouen, sur la période 1827-1834, « le nombre d'hommes hospitalisés était légèrement supérieur à celui des femmes (588 contre 508) ». F. Carbonnel⁹¹ qui cite cette étude, ajoute que « l'augmentation du nombre d'aliénés admis à Saint Yon précède nettement la loi de 1838, ce que refusèrent de voir les deux médecins ». Pour lui, dans cet asile,

« le profil type de l'aliéné des années 1830-1840 semblait bien être un homme, d'une trentaine d'année, alcoolique et au chômage (...) il masque la diversité des angoisses du temps (...) Les aliénistes tentaient de traiter le désarroi des classes populaires urbaines traditionnelles (les sans-emploi, les domestiques et les ouvriers journaliers surtout) et nouvelles (les exilés des campagnes) mais aussi de façon non négligeable les bourgeois et les militaires ».

A Auxerre entre 1840 et 1857

L'étude détaillée de l'asile d'Auxerre de 1840 à 1857 par Girard de Cailleux⁹², avec des tableaux d'entrée et de sortie par sexe, montre déjà un taux d'entrée plus important des hommes que des femmes, mais au final un nombre plus important de femmes en effectifs constants. « A quoi attribuer cette différence ? » demande-t-il.

« Serait-ce à l'admission plus considérable des aliénés indigentes ? Cette première raison qui se présente à l'esprit, est bientôt combattue et détruite par ce fait statistique, que le chiffre des admissions de femmes aliénées indigentes est inférieur à celui des hommes. D'où vient donc cette différence ? Tout simplement de la mortalité plus grande chez les hommes. Ainsi tandis

⁹¹ Carbonnel, F. « Folles et vagabondes dans les asiles de la Seine Inférieure (1880-1914) ». *Clio. Femmes Genre, Histoire*. 32 pp. 233-250.

⁹² *Rapport du Dr Girard de Cailleux*, inspecteur général du service des aliénés de la Seine. Paris Baillière 1883.

que la mortalité chez les indigents placés d'office a été de 175 sur 430 malades; celle des femmes dans la même catégorie, n'a été que de 126 sur 396 malades de ce sexe. »

Pour lui, « la prédominance de l'aliénation mentale chez l'homme commence à se produire dans l'idiotie, elle se dessine davantage dans la démence simple, dans l'épilepsie idiote, et l'épilepsie manie ; mais la forme la plus tranchée est celle qui a trait à la démence paralytique ». Reprenant les données, il conclut sur ce point : « Le neuvième des hommes aliénés entrés à l'asile était donc atteint de démence paralytique au moment de l'admission. » A l'inverse, précise-t-il, « il n'existe qu'une forme d'aliénation mentale dans laquelle prédomine d'une manière remarquable le sexe féminin, c'est la lypémanie⁹³. Ainsi tandis que nous ne comptons que 158 hommes lypémaniques, nous trouvons 206 femmes atteintes de cette forme de délire ».

Et d'en conclure : « La femme, dont la vie est si sublime par l'abnégation, le sacrifice et le dévouement ; la femme, dont la vie est tout amour, puise certainement dans la religion, la plus belle de toutes les vertus : la résignation ; mais ses forces succombent souvent dans la lutte, et elle devient la proie des passions tristes et sombres qui constituent le délire mélancolique. »

« La folie, une maladie à laquelle l'homme serait plus prédisposé que la femme »

Ceci n'est pas une provocation. Cette phrase est écrite par l'inspecteur en charge du fameux rapport de 1855, fondateur de la statistique asilaire⁹⁴. Cette déclaration récapitule le constat en quatre étapes que, dans les asiles en France, soit quinze ans après la loi de 1838 :

- 1 - « La proportion y est de 109 femmes pour 100 hommes, alors qu'elle n'est que de 102 femmes pour 100 hommes dans la population totale de la France ».
- 2 - « A priori, on serait tenté de voir dans cette différence, conformément du reste à une opinion assez généralement accréditée, une prédisposition particulière de la femme à la folie. »
- 3 - « Mais d'après les admissions annuelles, ainsi que nous l'établirons plus loin, c'est un résultat inverse qui semble se produire. Si les aliénées en traitement dans les asiles sont plus nombreuses que les aliénés, cela tient uniquement, d'une part, à ce que le séjour de ceux-ci dans l'asile est notablement moins long que celui des femmes, et de l'autre, à un plus grand nombre de décès masculins que de décès féminins. »
- 4 - « Sur 1.000 admissions, on a compté en moyenne 533 hommes et 467 femmes ; sur 1.000 sorties, avant ou après guérison, 535 hommes et 465 femmes, et sur 1.000 décès 541 hommes

⁹³ POSTEL Jacques, QUETEL. Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2012. 647 p. « Notion développée par Esquirol, et qui prendra ensuite le terme de mélancolie » (p.168).

⁹⁴ Statistique de la France. T.3. *Mouvement de la population en 1851, 1852 et 1853. Suivi de Statistique de la France : statistique des établissements d'aliénés : de 1842 à 1853 inclusivement*. Chapitre 4. Admissions par sexe de 1842 à 1853. P. xxxi. (Les noms du ou des auteurs de ce rapport ne sont pas mentionnés.)

et 459 femmes. Par conséquent, à chiffre égal d'admissions, il meurt dans les asiles d'aliénés, beaucoup plus d'hommes que de femmes, et d'un autre côté, le séjour de celles-ci y est notablement plus long que celui des hommes. C'est là, comme nous l'avons déjà dit, ce qui explique la prédominance du sexe féminin dans l'effectif de la population des asiles. »⁹⁵

De même que Girard de Cailleux, l'auteur ou les auteurs de ce rapport relèvent combien ces faits contredisent la vision courante des effectifs féminins, déduite de la seule considération des effectifs constants :

« De 1842 à 1853, le nombre annuel des admissions du sexe masculin a constamment excédé celui des admissions du sexe féminin dans une proportion qui s'élève, terme moyen, à plus de 14 p. 100. Or comme il existe plus de femmes que d'hommes dans la population totale de la France, on peut conclure avec une très grande probabilité, que la folie est une maladie à laquelle l'homme est plus particulièrement prédisposé que la femme. »⁹⁶

Ils esquissent une approche prenant en compte l'âge des internés et constatent que « la folie se manifesterait un peu plus tard chez la femme. De 50 à 60 ans, les femmes sont atteintes beaucoup plus fréquemment que les hommes. » Ils analysent les cas de rechutes qui s'avèrent en fait proportionnellement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes : « 50% pour les premiers, 48% pour les secondes ». Les auteurs évoquent déjà le fait que 80% des guérisons ont lieu durant la première année, et que les décès surviennent en majorité durant les premiers mois qui suivent l'admission.

Ce rapport permet de constater que les outils et méthodes statistiques pour suivre l'accroissement et les évolutions des asiles sont au point dès les années 1850, soit douze ans après la mise en place de l'organisation générale des asiles, et vont être utilisés ensuite sous cette forme dans tous les départements.

Le rapport des Dr Constans, Lunier et Dumesnil, sur « Le service des aliénés en 1874 »⁹⁷

Dans l'introduction historique de ce document, les auteurs rapportent, non sans malice, le fait que c'est en Orient qu'ont été créées les premières institutions hospitalières destinées aux aliénés.⁹⁸

⁹⁵ *Ibid.* Chapitre III, paragraphe 2. Ce rapport est consultable à la bibliothèque de l'INED, à Paris

⁹⁶ *Ibid.* p. xxxiii.

⁹⁷ CONSTANS, LUNIER ET DUMESNIL. *Rapport général à M. Le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874*. Par les Inspecteurs généraux du service. M.M. les Paris, Imprimerie Nationale. MDCCC LXXVIII.

⁹⁸ *Ibid.* « Le christianisme qui dès le IV^e et le V^e siècle, avait fondé des établissements charitables, avait oublié les aliénés pendant si longtemps, qu'il dut plus tard emprunter à l'islamisme de pouvoir les secourir » (p.11) Cette découverte aurait été le fait des Frères de l'ordre religieux de la Merci lorsqu'ils eurent pour mission le rachat des prisonniers chrétiens en relation avec les populations musulmanes. A leur retour ils fondèrent en Espagne, en 1409, le premier asile créé en Europe.

Selon ces auteurs, en 1865, « il y avait 519 femmes sur 1000 internés, et en 1875, 526 (...) et de fait, ils constatent que « dans l'accroissement de la population asilaire, la part de la population masculine est de 18,70%, contre 22% pour la part féminine ». Le paradoxe des effectifs féminins est alors clairement commenté :

« L'analyse de la distribution des aliénés entre 1865 et 1875 montre que le nombre de femmes à la fin de chaque année l'emporte sur celui des hommes, quoique les entrées soient plus nombreuses chez ces derniers. » (...) L'un de nous a calculé, pour une assez longue période finissant en 1870, qu'il y avait 117 admissions du sexe masculin contre 100 du sexe féminin. En 1874, le rapport a été respectivement de 115 à 100. »

Au constat renouvelé du taux d'admission en asile plus faible chez les femmes que chez les hommes en dépit de la prépondérance féminine dans les effectifs constants, les auteurs ajoutent leurs propres considérations sur les causes à chercher du côté des formes de maladie mentale. Ils semblent emboîter le pas au Dr Girard de Cailleux en affirmant que « parmi les causes qui contribuent à ce résultat, il faut noter la paralysie générale et la folie alcoolique » chez les hommes. Et surtout, en imputant le phénomène à une différence de pathologie dominante, marquée chez l'homme par des formes aiguës de maladie mentale, et chez la femme par des formes *chroniques* : « Enfin, certains genres de dérangement mental ont peut-être plus tendance à passer à la chronicité chez les femmes, et pour divers motifs, la sortie de l'asile est pour elles, abstraction faite des cas de guérison, une mesure plus difficile à réaliser. »

Après l'analyse des sorties par guérison, par amélioration, par décès et autres causes, les auteurs confirment l'existence *d'un cumul progressif des effectifs asilaires féminins* du fait de leurs *moindres taux de décès et de sortie* :

« Un premier fait se dégage de nos tableaux et de ces derniers calculs, c'est qu'à la fin de chaque année, il reste dans les asiles plus de femmes que d'hommes, les sorties par décès, par amélioration et même par guérison, étant toujours relativement moindres pour les femmes, ce qui compense, et au-delà, l'infériorité du nombre des admissions en ce qui les concerne. »⁹⁹

Il est à remarquer qu'au motif de la chronicité, ces trois auteurs ajoutent celui des « divers motifs » qui rendraient « la sortie de l'asile » plus difficile à réaliser pour les femmes ». Aussi indistincts que fussent ces « motifs divers », on peut les retenir comme une allusion à des obstacles d'une autre nature, dont on peut faire l'hypothèse que non formulée

⁹⁹ *Ibid* p. 453.

en ces termes, ils toucheraient à des particularités de type socio-économique et socio-culturel, de la condition féminine de l'époque...

Les mêmes constats sont repris dix ans plus tard par le Dr Lunier. La préoccupation majeure est toujours l'augmentation permanente des effectifs asilaires partout en France, les comparaisons avec l'étranger, mais le paradoxe de la moindre admission des femmes et de leur surnombre en effectif asilaire fait toujours l'objet de commentaires. Il rappelle que « La véritable mesure de la fréquence de la folie ce n'est pas les existants, elle est fournie par les entrées », et donc compte tenu que « l'on admet chaque année dans les établissements spéciaux, 114 hommes pour 100 femmes. Les hommes sont donc plus exposés à devenir aliénés que les femmes dans la proportion de 114 à 100. »¹⁰⁰

Le service des admissions de l'asile clinique de Sainte Anne

Les données recueillies par le Service des admissions de l'asile Sainte-Anne présentent un grand intérêt du fait que ce service recevait systématiquement tous les malades 'candidats' à l'asile dans le département de la Seine. Ils y étaient amenés par la Préfecture de police dans le cas des admissions d'office, ou par les familles munies de leur certificat médical, pour les admissions volontaires. Après un premier diagnostic et parfois quelques jours en observation, ces malades étaient ensuite répartis dans les asiles de la Seine.

Le docteur Valentin Magnan¹⁰¹ a été médecin-chef de ce service de 1867 à 1912. Dans *son Rapport sur le Service des aliénés de la Seine pendant l'année 1904*¹⁰², il présente une rétrospective des entrées du service des admissions, année par année, et remarque à ce propos une supériorité du nombre des femmes à l'admission avant 1863 :

« Jusqu'en 1863, les femmes, plus nerveuses en général que les hommes, entraient en plus grand nombre aux asiles : mais à cette époque on voit intervenir un nouvel élément, l'alcool, qui change les proportions et pousse définitivement un plus grand nombre d'hommes vers ces établissements. A partir de 1863, les admissions sont plus nombreuses pour les deux sexes en raison de l'accroissement même de la population du département, mais l'augmentation se fait surtout sentir chez les hommes dont les entrées par alcoolisme deviennent plus élevées. »

« Depuis le 1^{er} mai 1867, jusqu'en 1904, on suit l'augmentation progressive des entrées qui peu à peu ont presque doublé. La courbe des hommes est toujours restée plus élevée, et de 1880 à 1898 elle s'éloigne notablement de celle des femmes, marquant une période croissante de l'alcoolisme chez l'homme. ».

¹⁰⁰ LUNIER Ludger, « Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882 », *Annales médico-psychologiques*, 1884. N°12 Masson, p. 205. (Le soulignement est de notre initiative).

¹⁰¹ Valentin MAGNAN (1835- 1916) cf. Paul SERIEUX, *Valentin Magnan, sa vie et son œuvre*. Masson 1918.

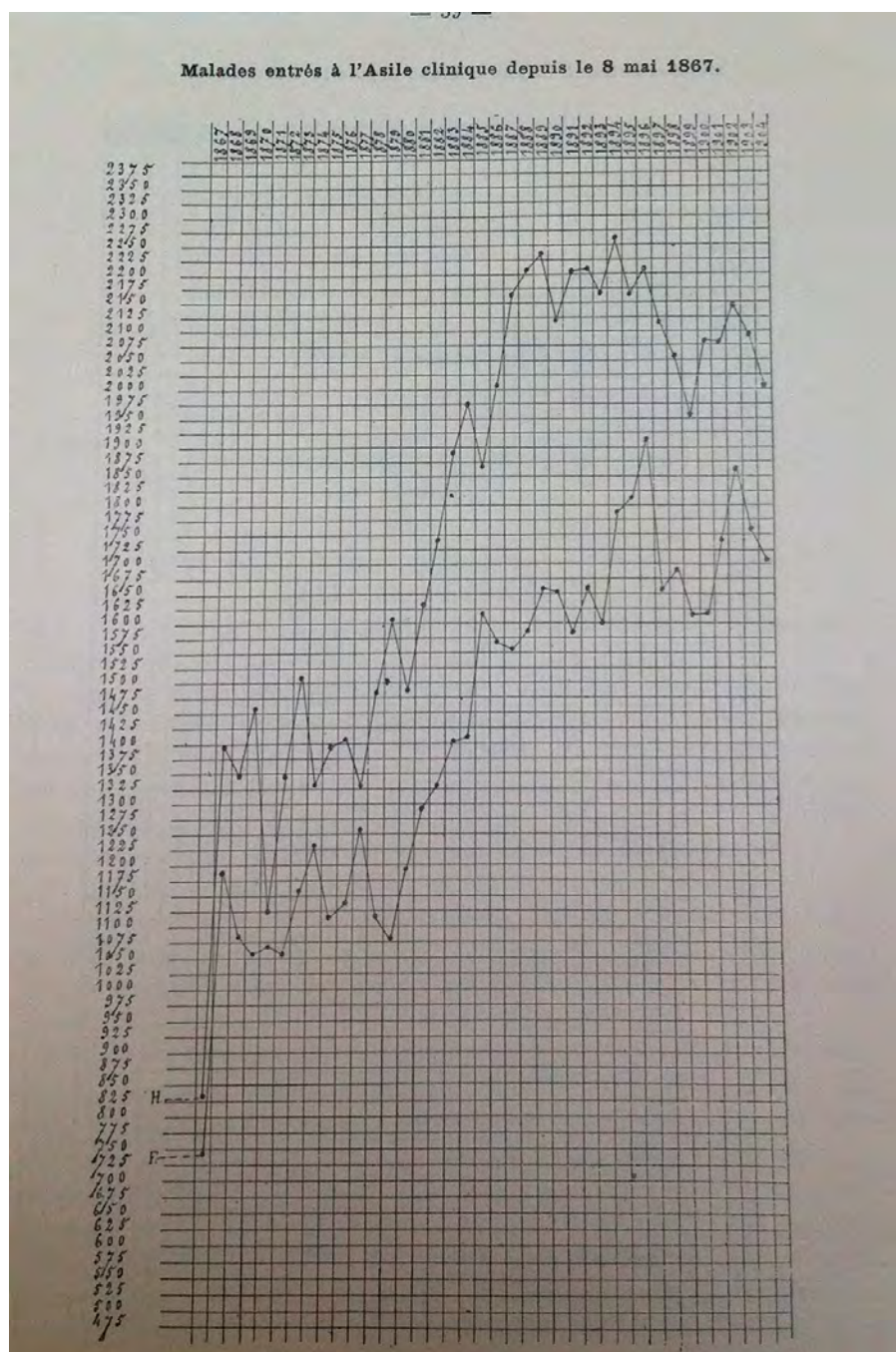
¹⁰² *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine*. Années 1900-1912. Montévrain. Imprimerie Typographique de l'Ecole d'Alembert

Il illustre son propos par un graphique au crayon sur papier quadrillé (cf. page suivante).

Ce graphique permet de suivre d'année en année la proportion d'hommes entrant dans les asiles de la Seine, nettement supérieure à celle des femmes. Elle varie de 52% à 60% selon les années, pour une moyenne de 56% sur ces 34 années.

Ainsi, les observations du Dr V. Magnan le conduisent à insister sur l'importance, restée implicite dans les propos du Dr de Cailleux comme des Dr Constans, Lunier et Dumesnil, du facteur de *l'alcool* dans la nosographie masculine, en rapport avec les formes aiguës de leurs pathologies. Pour lui, ce facteur est prépondérant pour expliquer l'accroissement des admissions masculines et le renversement des proportions hommes/femmes à l'entrée en asile.

Photo 3 - Photo du graphique des admissions - Asile clinique de Sainte Anne. Magnan 1904



L'Annuaire des statistiques de la ville de Paris

Ce phénomène de la moindre entrée des femmes mais de leur effectif toujours plus important dans les asiles n'échappe pas plus aux statisticiens qu'aux aliénistes de l'époque où il a lieu. *L'Annuaire Statistique de la Ville de Paris* fournit chaque année des indications à ce propos. Les taux de guérison et de sortie y sont calculés sur les « effectifs en traitement »,

c'est-à-dire sur l'addition des existants au 1^{er} janvier et des admissions de l'année. En même temps que des résultats chiffrés, ce rapport nous livre la méthode de calcul qui était alors utilisée pour estimer les taux de sortie.¹⁰³

En 1900, la formule est la suivante :

Pour les guérisons :

- « Pour les hommes, 1 guérison sur 9, 31 malades traités », soit un taux de guérison de 11% .
- « Pour les femmes, 1 guérison sur 15,03 malades traités », soit un taux de guérison de 7% .
- « Au total, 1 guérison sur 11, 58 malades traités », soit un taux de guérison de 9%.

Ces calculs ne prennent pas en compte les sorties « améliorées ». Si on additionne les sorties « guéries et améliorées », les pourcentages passent à un taux de sortie de 20% pour les hommes, 14% pour les femmes, et de 17% pour l'ensemble des « malades traités ».

Pour les décès :

- « Pour les hommes, 1 décès sur 7,59 malades traités », soit un taux de décès de 13%.
- « Pour les femmes, 1 décès sur 9,66 malades traités », soit un taux de décès de 10% .
- « Au total, 1 décès sur 8,50 malades traités », soit un taux de décès de 12% .

Ainsi, concernant les asiles de Paris et de la Seine, les observations concordent pour montrer que, entrant à l'asile dans des proportions moindres que les hommes, les femmes sortent moins, tant par guérison que par décès. Pour les auteurs, l'explication du paradoxe de l'internement féminin est donc liée au fait que les femmes vivent plus longtemps, qu'elles sont moins nombreuses que les hommes à guérir à l'asile et moins nombreuses à y décéder, constituant ainsi un « stock résiduel » qui s'accumule d'année en année. Par contre elles vont également mourir à l'asile, mais plus tard, à une époque qui ne peut être prise en compte par une statistique gestionnaire d'année en année.

Nous retrouvons le constat fait par A. Constans, L. Lunier et O. Dumesnil résumant les principales explications jusqu'ici avancées, indépendamment de celles touchant aux formes de maladie mentale.

¹⁰³ *Annales statistiques de la Ville de Paris. XXI^e année à XXXI^e année.* Masson. Chapitre « Renseignements particuliers aux asiles de la Seine ». P. 554.

En résumé, nous avons vu se constituer au fil des commentaires une configuration de causes mettant en jeu *la plus grande longueur des carrières asilaires féminines* qui apparaît liée aux moindres taux de sortie des femmes internées, par amélioration, par guérison ou par décès, mais aussi aux formes de maladies dites *chroniques*, qui justifieraient ce fait. En regard, les hommes apparaissent plutôt sujets à des pathologies aiguës et à effectuer plutôt des séjours courts, étant plus nombreux à sortir guéris ou améliorés et à décéder. On a vu comment le Dr V. Magnan insiste à cet égard sur l'importance de l'alcoolisme, qui serait le principal responsable de l'accroissement des admissions masculines à compter des années 1860. Marginalement, un autre facteur appelé à rendre raison de la longueur des carrières féminines touche, nous l'avons vu, à des obstacles liés *aux conditions sociales* caractérisant à l'époque la situation des femmes.

6. Les asiles de la Seine et leur gestion particulière des sureffectifs.

Les asiles de la Seine, ont été très vite confrontés à l'augmentation de leurs effectifs dans des proportions bien supérieures (un aliéné pour 474 habitants) que pour l'ensemble des asiles départementaux (1 aliéné pour 2.123 habitants)¹⁰⁴. Dès 1851, les asiles de Paris (Bicêtre et La Salpêtrière) ne pouvaient offrir que 2121 places et ont manqué de lits. Face à cette situation, le directeur de l'Assistance publique déclarait :

« qu'il n'y avait que deux partis à prendre, ou construire ou transférer ailleurs l'excédent de population. Le département, dans l'état où se trouvaient ses finances, ne pouvait songer à bâtir. Il a donc fallu se résigner au second expédient, celui des translations. »¹⁰⁵

Dès l'année 1844, soit six ans après la loi de 1838, des contrats ont été passés avec des asiles de province pour y disposer d'un certain nombre de places contre financement par le département de la Seine. Cette politique de gestion de l'encombrement des asiles avait pour objectif de limiter le rythme de construction de nouveaux asiles à Paris, et représentait une économie considérable puisque le coût de journée de ces places était environ de moitié inférieur à celui d'une journée parisienne. En 1851, ces « translations » représentaient 226 personnes pour un effectif de 2090 aliénés au 1er janvier, soit 11%. Dans les asiles d'accueil, ces « transférés » relevaient d'une administration distincte et figuraient en tant que population

¹⁰⁴ Rapport du directeur général de l'Assistance Publique à Monsieur le Préfet de la Seine pour le service des aliénés du département pour l'année 1851. P.76 gallica.bnf.fr/ark:/12148/cb328481618/date.

¹⁰⁵ Ibid.

aliénée du *Service de la Seine*¹⁰⁶, ils n'étaient donc pas « comptés » dans les effectifs des asiles publics de province. Cette politique a continué et s'est amplifiée tout au long du XIX^e siècle. Des convois collectifs étaient régulièrement organisés vers ces asiles sous contrat. Dans la même optique, à partir de 1892 sont ouvertes les deux colonies familiales de Dun-sur-Auron pour les femmes et d'Ainay-le-Château pour les hommes. Un asile pour « aliénés tranquilles » sera ensuite ouvert en 1905 à Moisselles.

En 1907, les effectifs des hommes et femmes du *Service des asiles de la Seine* sont pour moitié dans les huit asiles de Paris¹⁰⁷, et pour l'autre moitié, transférés dans les asiles de province (39%) et dans les colonies familiales (11%).

Tableau 5 - Répartition des effectifs du « Service de la Seine », entre établissements parisiens et les autres établissements en contrat avec le département. Année 1907

	EFFECTIFS Au 1er janvier 1907					
	Hommes	% H	Femmes	% F	Deux sexes	% H et F
TOTAL DES ASILES PARISIENS	3.540	58%	3.858	45%	7.398	51%
COLONIES ET MOISELLES	410	7%	1.162	14%	1.572	11%
LITS dans les ASILES DES DEPARTEMENTS	2.114	35%	3.551	41%	5.665	39%
TOTAL GENERAL	6.064	100%	8.571	100%	14.635	100%

Source : Calculs à partir du Rapport annuel du département de la Seine, année 1907¹⁰⁸.

Il est intéressant de noter que les femmes font l'objet de transferts nettement plus importants que les hommes. Elles ne forment que 45% de l'effectif des asiles parisiens mais représentent 55% de l'effectif transféré dans les colonies et en province. Alors que les hommes représentent 58% des effectifs des asiles parisiens et 42% des effectifs des établissements de transferts.

Le Dr Dupain, médecin-chef de la section des femmes de l'asile de Vaucluse, estime en 1900 qu'il faut chaque année transférer « presque le quart de la population traitée » pour éviter d'autant l'accroissement des effectifs du service de femmes qu'il dirige.¹⁰⁹

Les asiles départementaux de province ne pouvaient pratiquer de tels transferts, les personnes internées y restaient jusque leur décès. C'est dans ces asiles que l'on trouve les

¹⁰⁶ Le *Service des asiles de la Seine*, comprend donc, deux types d'effectifs comptés séparément, ceux des « Asiles de la Seine » et ceux des « Asiles des départements ». A partir de 1890, il comprend aussi les effectifs des « colonies familiales » et de l'asile de Moisselles « pour aliénés tranquilles » au nord de Paris (26 km).

¹⁰⁷ Asiles de Sainte Anne, Ville-Evrard, Vaucluse, Villejuif, Maison-Blanche, Bicêtre, La Salpêtrière, et la Fondation Vallée.

¹⁰⁸ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. Années 1907.* Montévrain. Imprimerie Typographique de l'Ecole d'Alembert gallica.bnf.fr/ark:/12148/cb328481618/date

¹⁰⁹ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. Année 1900* Montévrain. Imprimerie Typographique de l'Ecole. p.131-143.

internements de très longue durée, avec une population vieillissante et des taux de décès nettement plus élevés.

7. Les effets de ce paradoxe sur les conceptions de la « folie des femmes »

Malgré l'existence de ces sources nombreuses et relativement bien connues, en particulier les rapports de Constans et Lunier toujours cités dans les travaux sur l'histoire des asiles au XIX^e siècle, la plupart des auteurs semble avoir privilégié, pour ces analyses, les seuls effectifs permanents, en soulignant cette progression effrayante des femmes dans les asiles, sans s'attarder au fait que chaque année les effectifs d'admission des femmes étaient moindres que ceux des hommes. Cette analyse partielle a conduit à des conclusions laissant à penser que les femmes étaient alors l'objet d'un acharnement spécial et en danger permanent d'être internées. En ne différenciant pas les effectifs à l'entrée en asile des effectifs maintenus en asile, ce type d'approche ne permet pas d'analyser les faits qui semblent pourtant attachés, à « la condition de femme » en asile, à cette époque : un moindre taux de sortie de l'asile et un internement maintenu en asile sur de longues durées.

Jean-Christophe Coffin, pour qui cette double analyse était claire, aborde autrement la question du genre dans la conception médicale au XIX^e siècle. Il note avec un certain humour l'utilité des statistiques dans la réflexion clinique :

« Suite au développement de la statistique, les médecins découvraient au XIX^e siècle que, si l'on s'en tient aux chiffres des admissions, les femmes étaient moins sujettes à la folie que les hommes ». ¹¹⁰

En fait les positions étaient partagées et certains aliénistes considéraient que, compte tenu du fait que les démences des hommes étaient dues en grande partie à des causes exogènes (paralysie générale due au tréponème de la syphilis, et consommation excessive d'alcool), la maladie mentale serait plus spécifique du sexe féminin. Mais surtout, la primauté des débats au XIX^e siècle portait sur la question de l'hérédité et de la dégénérescence ; la question de la différence des sexes était à cette époque totalement secondaire tant la conviction de la fragilité de la femme était établie comme une évidence. Il conclut que la

¹¹⁰ COFFIN Jean-Christophe. « Sexe, hérédité et pathologies. Hypothèses, certitudes et interrogations de la médecine mentale, 1850-1890 ». p.159-186. In Gardey Delphine et Ilana Löwy (dir.) *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris Editions des archives contemporaines, 2000. 227p.

médecine mentale « aurait eu du mal à élaborer une psychologie authentiquement féminine et se serait contentée de bavarder sur le comportement féminin.»¹¹¹

Aude Fauvel a repris cette question des effectifs des femmes dans les institutions psychiatriques sur une période plus longue allant de 1838 à 1939¹¹². Cette diachronie lui permet de mettre en évidence que, comparativement à la période de l'après-guerre où les femmes ont été réellement internées en nombre beaucoup plus important que les hommes, le XIX^e siècle serait une période où hommes et femmes auraient été enfermés dans des proportions presque « équivalentes ». En citant le dernier rapport de L. Lunier, elle relève ce paradoxe du nombre toujours plus important de femmes « vivant en institutions » alors que pendant les mêmes années, d'après le rapport Lunier de 1884 « 114 men were hospitalised for mental illness : this figure drops to 100 for women », soit un rapport de 114 hommes pour 100 femmes. Il est probable que les résultats des études sur la période de l'entre-deux-guerres¹¹³ qui ont montré un accroissement considérable des premières admissions, et particulièrement des femmes dont le nombre est devenu réellement supérieur à celui des hommes, aient contribué à regarder autrement la période d'avant-guerre et le XIX^e siècle :

« En 1901, 8.870 hommes et 7.577 femmes, en 1926, 9.686 hommes et 11.550 femmes, soit une augmentation de 816 hommes et 3.976 femmes correspondant à 9,2 pour 100 chez l'homme et à 52,3 pour 100 chez la femme. Il en résulte que de 1901 à 1926, l'aliénation s'est accrue beaucoup plus vite dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. »¹¹⁴

Dans le graphique suivant, on remarque que l'inversion de la supériorité des admissions des femmes démarre en fait à partir de 1920. Il n'existe pas de données entre 1913 et 1920 dans le tableau d'origine.¹¹⁵

¹¹¹ COFFIN Jean-Christophe. *Ibid.*

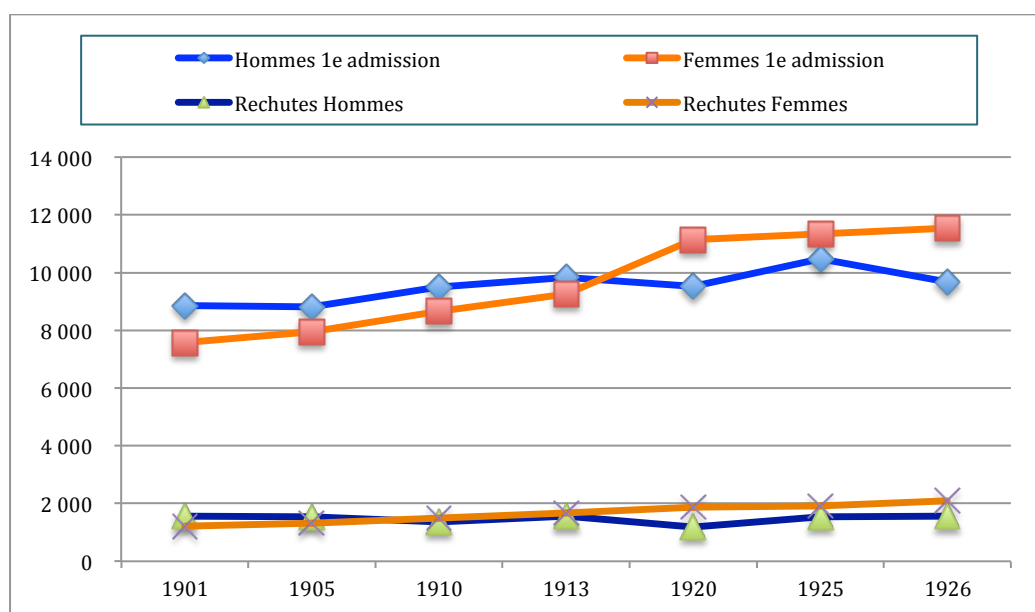
¹¹² FAUVEL Aude. « Madness : a female malady » ? Women and psychiatric Institutionnalisation in France.. In Bourdelais, Patrice, Chircop, John (es) Vulnerabilities and health. *Perspective*. Evora : edições Colibri, 2010, Pp.61-75

¹¹³ CHAPIREAU François. « L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au XX^e siècle ». Coldefy (dir) *La prise en charge de la santé mentale. La documentation française* 2007. P.127-143

¹¹⁴ TOULOUSE Ed., DUPOUY R., MOINE M. Statistique de la psychopathie. *Annales Médico-Psychologiques*. N°02. Paris Masson 1930. P.392 à 406.

¹¹⁵ *Ibid.* D'après le tableau de la page 395. « Mouvement des entrées de 1901 à 1926. »

Figure 4 – Mouvement des entrées à l'asile des hommes et des femmes de 1901 à 1926



Sources. *Statistique de la psychopathie. Annales médico-psychologiques* n° 02, Paris Masson 1930. D'après le tableau de la page 395.

Il en est de même pour l'étude M. Derrien qui porte sur les années 1900-1939. Elle distingue deux périodes avec deux tendances différentes. « Jusqu'en 1912, si les femmes sont plus nombreuses dans les asiles, elles ne sont pas majoritaires dans les admis ». Le type de sortie est détaillé pour chaque sexe. D'après ses résultats, les femmes sont plus nombreuses à sortir par amélioration, mais les hommes sont plus nombreux à sortir par évasion, guérison et décès. « L'accumulation des femmes est de 588 malades par an », (pour 11.622 admises par an entre 1900 et 1913). Pour la même période, « l'accumulation moyenne masculine est de 322 patients par an » (pour 12.165 admissions). Alors qu'à partir de 1920, les admissions vont devenir majoritairement féminines et l'accumulation masculine a tendance à augmenter, devenant équivalente à l'accumulation féminine et même à la dépasser.¹¹⁶

Malgré ces apports récents, l'image de l'enfermement des femmes au XIX^{ème} siècle reste largement dominée par les premiers travaux attestant de la supériorité féminine dans les asiles sans distinction de leur moindre admission. En désignant les femmes comme des victimes de cette époque et du système asilaire, ces études se privent de comprendre les différences de genre à l'œuvre dans les faits de leur moindre sortie et de leur maintien à l'asile.

¹¹⁶ DERRIEN Marie. *La folie au féminin. L'internement des femmes dans les asiles français entre 1900 et 1939*. Mémoire de Master 1. 2009. Université Lyon 2. Sous la direction d'Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN. 102 p. pages 19 à 27.

8. *Comment les asiles ont été débordés par les femmes*

Ainsi peut-on conclure, d'après les publications recensées, que tout au long du XIX^e siècle et jusqu'en 1914, les femmes furent moins nombreuses que les hommes à entrer chaque année dans les asiles et à y être internées, à l'exception, semble-t-il des deux asiles de la Seine avant 1863.

Ce constat paradoxal, eu égard à leur prédominance générale dans les effectifs, attire l'attention sur l'importance qu'il y a à différencier les admissions chaque année, qui reflètent *la demande sociale*, des effectifs permanents à date régulière, dits « *les restants* », qui indiquent la permanence des personnes internées et l'augmentation de l'effectif asilaire d'année en année. C'est probablement sur la colonne des effectifs « restants » en début ou en fin d'année et sur des études portant sur les asiles parisiens avant 1870 que s'est construite la plupart des représentations d'un surenfermement des femmes, qui sont passées au rang de certitudes acquises et persistent toujours.

Ainsi les sources que nous avons consultées et les éléments qui en ressortent ne nous donnent aucune raison de penser qu'il y ait eu un acharnement spécial à faire enfermer les femmes au XIX^e siècle, malgré la misogynie ambiante qui existait à leur encontre. Par contre, leur surreprésentation dans les effectifs permanents de tous les asiles, leurs moindres sorties et leur longévité en asile posent question. Les données mises au jour viennent déplacer la question de la supériorité numérique des femmes en asile vers celles des femmes « restant » à l'asile et des raisons qui contribuent à cet état de fait.

Certes, divers facteurs ont été avancés pour expliquer *la plus grande longueur de séjour des femmes* : les plus faibles taux de décès et de guérison, des affections touchant des tranches d'âge plus élevées, la tendance à la chronicité et à l'incurabilité. L'accumulation de ces facteurs, d'année en année, paraissait expliquer suffisamment cette distorsion statistique marquant la population asilaire féminine, accueillie en moindre nombre mais séjournant en plus grand nombre que les hommes. Mais peut-on se satisfaire de ces explications ? Qu'est-ce donc qui, en particulier, diminue les chances de sortie pour les femmes ? La chronicité et l'incurabilité qui caractériseraient leurs affections ne sont-elles pas elles-mêmes des données inexpliquées, implicitement traitées comme des faits uniquement biologiques ? Il faudra revenir sur ces éléments décisifs pour les examiner de plus près, ce que nous ferons à la lumière non plus des statistiques, mais des pratiques hospitalières dont témoignent les archives.

Qu'en est-il par ailleurs du rôle des particularités de la condition féminine qui contribueraient à leur faible taux de sortie ? Peut-on les cerner ? C'est à un premier examen de la question que nous allons maintenant procéder en interrogeant les données touchant aux conditions d'âge et d'état civil caractérisant la population féminine internée.

C. Genre, âge et état civil

Au départ de ma recherche, je ne m'étais intéressée qu'aux jeunes femmes de moins de 25 ans. J'avais alors remarqué, sur la base d'un échantillon restreint (1.300 entrées en asile public et 900 entrées en maison de santé privée) que les jeunes hommes et jeunes femmes ne représentaient que 12% des entrées, et surtout que les jeunes hommes étaient en proportion plus importante (55%) que les jeunes femmes entrant à l'asile public (45%). Ces différences n'étaient pas sans poser question alors que la représentation générale dominante laissait imaginer que les jeunes filles et les jeunes femmes auraient été plus internées que leurs homologues masculins.

On aura remarqué que le premier rapport de 1856 faisait état de différences d'âge dans le recrutement des hommes et des femmes. « De 50 à 60 ans, les femmes sont atteintes beaucoup plus fréquemment que les hommes. » Par la suite, les données relatives à l'âge sont très rares dans les tableaux produits et encore moins dans les analyses et les commentaires.

Au sein des études de genre, la problématisation de la catégorie d'âge est, comme le soulignent Michel Bozon et Juliette Rennes¹¹⁷, relativement récente. Par ailleurs, Louisa Hide¹¹⁸ relève qu'au tournant du vingtième siècle en Grande Bretagne, la population en asile comportait une plus grande proportion d'hommes que de femmes dans les classes d'âge de 30 à 44 ans et que les femmes se trouvaient dans des classes plus âgées, non précisées.

1. L'âge à l'entrée et le vieillissement en asile

J'ai cherché à poursuivre cette analyse mais je n'ai trouvé aucune donnée par âge dans la statistique nationale concernant les asiles. C'est seulement dans les rapports annuels des asiles de la Seine que l'on trouve des relevés systématiques par classes d'âge, à l'entrée pour les premières admissions et pour les « restants » au 31 décembre ; et ce, seulement sur les

¹¹⁷ BOZON Michel, RENNES Juliette. « Histoire des normes sexuelles : emprise de l'âge et du genre ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. Age et sexualité. 2015. 42/105. p.7-20

¹¹⁸ HIDE Louisa. *Gender and class in English Asylums, 1890-1914*. Palgrave. 2014, Pp.256

asiles publics de la Seine, c'est-à-dire les asiles parisiens¹¹⁹, et les colonies familiales et l'asile de Moisselles. On ne dispose pas de statistiques par âge pour les effectifs transférés dans les asiles des départements. Sachant que cette population est majoritairement constituée de malades dits incurables, plutôt âgés, et souvent isolés, il faudra considérer que les effectifs et la proportion des restants âgés, sur lesquels nous allons travailler, sont largement en dessous de la réalité. Ceci concerne particulièrement les femmes puisqu'elles étaient transférées dans des proportions plus importantes que les hommes.

J'ai travaillé sur quelques années entre 1900 et 1914, en choisissant chaque fois deux années afin d'obtenir une masse critique suffisante de données¹²⁰.

J'ai rassemblé et additionné dans les tableaux qui suivent les relevés sur deux années (1903 et 1907)¹²¹

Tableau 6 - Ages des aliénés à leur admission - Asiles de la Seine 1903 et 1907

	H	F	deux sexes	H	F	deux sexes
<15 ans	252	163	415	6,4%	5,0%	5,8%
15 à 20	223	169	392	5,7%	5,2%	5,4%
20 à 30	701	481	1.182	17,8%	14,7%	16,4%
30 à 40	1.087	735	1.822	27,7%	22,4%	25,3%
40 à 50	918	694	1.612	23,4%	21,2%	22,4%
50 à 60	432	519	951	11,0%	15,8%	13,2%
60 à 70	204	271	475	5,2%	8,3%	6,6%
>70 ans	113	246	359	2,9%	7,5%	5,0%
Total	3.930	3.278	7.208	100,0%	100,0%	100,0%

Source. Rapport sur le service des aliénés du département de la Seine. Années 1903 et 1907. Les pourcentages sont calculés afin de comparer les différences de répartition selon l'âge entre hommes et femmes.

Avant la quarantaine, le taux des premières admissions est toujours plus élevé chez les hommes. Entre 40 ans et 50 ans, il tend à s'égaliser entre les deux sexes. A partir de 50 ans, ce taux est plus élevé chez les femmes. Les femmes sont donc au total un peu moins nombreuses à l'admission, comme cela a déjà été remarqué, mais il faut noter qu'à partir de

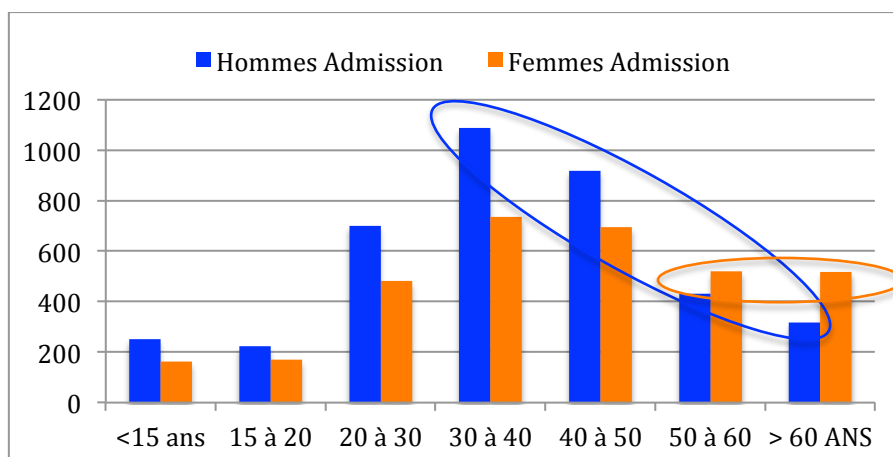
¹¹⁹ Au début du XXe, Asiles de Sainte-Anne, Bicêtre, La Salpêtrière, Ville-Evrard, Vaucluse, Villejuif, Maison-Blanche, et la Fondation Vallée (pour les jeunes handicapés mentaux dit « crétins et imbéciles »).

¹²⁰ J'ai travaillé sur les années 1903, 1907 et 1911. Certains tableaux n'étant pas exploitables du fait d'erreurs intermédiaires. En fait les variations ne sont pas très importantes d'une année à l'autre pendant cette période.

¹²¹ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. Années 1900 à 1911. Montévrain. Bibliothèque de Maison Blanche.*

l'âge de 50 ans, elles y sont en proportion, plus nombreuses (31,6%) que les hommes (19,1%).

Figure 5 - Effectifs à l'admission par classes d'âge. Asiles de la Seine, années 1903 et 1907



Source : mise en graphique des chiffres du tableau précédent

Si l'on regarde maintenant les effectifs par classe d'âge pour les hommes et les femmes, restant en fin d'année (cf. tableau suivant, n°7), on observe l'accentuation de la tendance précédente. C'est pour les tranches d'âge de 30 à 50 ans à l'entrée que le phénomène est en train de se modifier : la proportion des femmes qui étaient entrées après 50 ans est alors de 38%, alors qu'elle est de 23% pour celle des hommes entrés dans les mêmes classes d'âge.

Tableau 7 - Ages des effectifs "restants" en fin d'année. Asiles de la Seine, 1903 et 1907

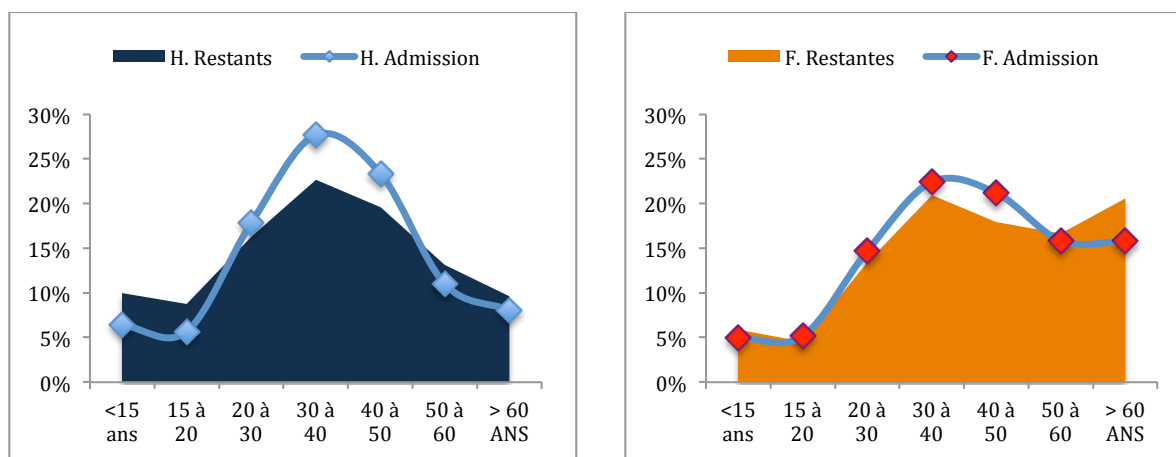
	Effectifs Hommes	Effectifs Femmes	Effectifs deux sexes	% des hommes restants	% des femmes restants	% du total des aliénés restants (H +F)
<15 ans	795	586	1.381	10%	6%	7,7%
15-20	700	451	1.151	9%	5%	6,4%
20-30	1.297	1.333	2.630	16%	13%	14,7%
30-40	1.805	2.085	3.890	23%	21%	21,7%
40-50	1.562	1.785	3.347	20%	18%	18,7%
50-60	1.045	1.654	2.699	13%	17%	15,1%
> 60 ans	766	2.048	2.814	10%	21%	15,7%
	7.970	9.942	17.912	100%	100%	100,0%

Source. Rapport sur le service des aliénés du département de la Seine pour les années 1903 et 1907. Les pourcentages sont calculés en colonne, pour comparer la répartition des âges entre les hommes et les femmes restant en fin d'année.

Les deux graphiques suivants (Figure 6) qui associent les deux tableaux précédents montrent les différences de forme des deux courbes entre hommes et femmes.

- Pour les hommes, les deux courbes « gaussiennes » ont la même pente de baisse des effectifs, à l'admission, et en effectifs restants, pour ceux qui sont rentrés à l'asile dans les tranches d'âge de 30 ans à 50 ans.
- Alors que pour les femmes, les deux courbes suivent des voies différentes. Pour les tranches d'âge de 30 à plus de 60 ans, la courbe des effectifs restants ne subit qu'un très léger fléchissement puis reste en plateau et augmente même ensuite. Il en est de même pour la courbe des admissions dont la proportion était moins élevée que pour les hommes dans la tranche d'âge 30-40 ans, mais qui, par contre, ne baisse pas et continue de rester élevée pour les tranches d'âge suivantes.

Figure 6 - Proportion des admis et des restants. Comparaison hommes/femmes. Asiles de la Seine 1903 et 1907



Source : Mise en graphique des tableaux précédents

Ces deux graphiques permettent de situer la façon dont l'asymétrie entre femmes et hommes se constitue progressivement. Les phénomènes de moindre sortie commenceraient chez les femmes, dans la tranche d'âge des 30 - 40 ans ; les nouvelles admissions se produisent de façon soutenue dans des tranches d'âge de 40 à plus de 60 ans. La fabrication des sureffectifs féminins se construirait alors dans les tranches d'âge de 40 à 60 ans, période où les deux phénomènes se cumulent : celui des plus jeunes qui ne sortent pas et ne décèdent pas, et des plus âgées qui arrivent en nombre élevé.

Le vieillissement des femmes à l'asile ne serait alors pas le seul fait des femmes qui y sont entrées plus âgées, mais commencerait probablement dans les classes d'âge un peu plus jeunes.

Démographie générale et démographie asilaire

Le moindre recrutement des hommes dans les tranches d'âge plus élevées, ainsi que leur taux de décès, ne sont pas des phénomènes spécifiquement asilaires. Cette asymétrie renvoie aussi, comme nous le savons, à une surmortalité masculine en asile, qui renvoie elle-même, au moins pour partie, à la surmortalité masculine dans la population d'ensemble de la France.¹²² Entre 1880 et 1914, l'espérance de vie à la naissance pour les hommes passe de 40,8 années à 48,5 (+19%) et pour les femmes de 43,4 années à 52,4 ans (+21%). Ces différences affectent les recrutements et la longévité des femmes à l'asile. On se trouve donc

¹²² DUPASQUIER Jacques, (Dir) *Histoire de la population française*. Tome 3, de 1789 à 1914. PUF 1988

ici face à des processus sociaux et démographiques présents dans la population française et apparemment renforcés à l'asile où les taux de mortalité étaient particulièrement élevés.

Comparaisons avec la population recensée en 1901

Dans la population française en 1901, les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes (50,8% contre 49,2%) et ce surplus se répartit de façon relativement homogène sur toutes les classes d'âge :

Tableau 8 - Répartition par classes d'âge à partir de 15 ans. Recensement pour la ville de Paris et les admissions dans les asiles de la Seine en 1903 et 1907

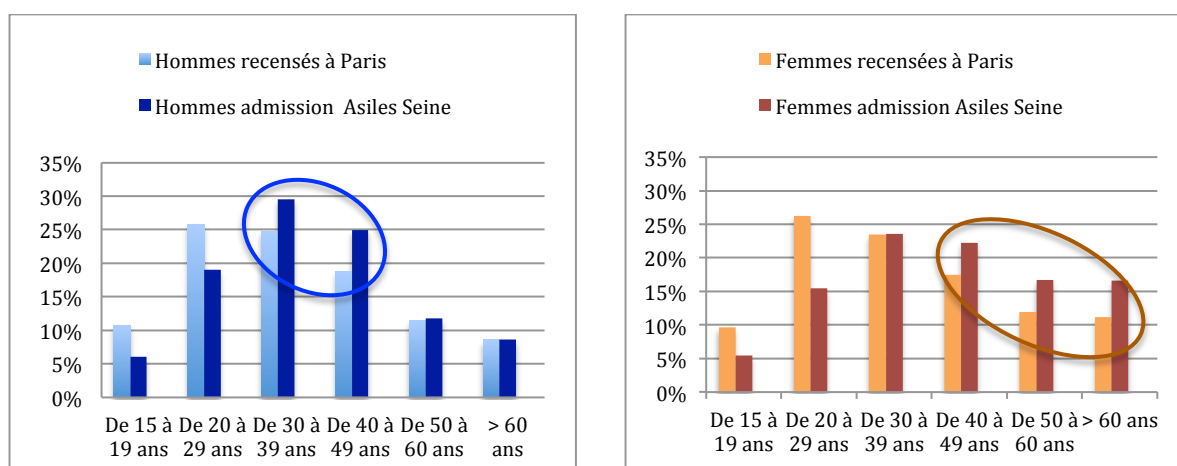
classes d'âge	Recensement	PARIS	%/TOT H	%/TOT F	Admis pour la 1ere fois	Seine 1903 et 1907		
	Hommes	Femmes	H Paris	F Paris	Hommes	Femmes	H Asiles	F Asiles
De 15 à 19 ans	100.466	103.864	11%	10%	223	169	6,1%	5,4%
De 20 à 29 ans	240.420	281.871	26%	26%	701	481	19,1%	15,4%
De 30 à 39 ans	230.969	251.736	25%	23%	1087	735	29,6%	23,6%
De 40 à 49 ans	174.442	187.917	19%	18%	918	694	25,0%	22,3%
De 50 à 60 ans	106.261	127.832	11%	12%	432	519	11,7%	16,7%
> 60 ans	79.803	119.730	9%	11%	317	517	8,6%	16,6%
2.005.311	932.361	1.072.950	100,0%	100,00%	3.678	3.115	100,0%	100,0%

Source. Recensement 1901 pour Paris¹²³ et Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine pour les années 1903 et 1907.

Par contre cette répartition n'est plus aussi homogène pour les hommes et les femmes entrant à l'asile. La proportion des hommes est légèrement supérieure à celle des femmes entre 20 et 40 ans (écart de 4 à 6 points), tend à s'égaliser entre 40 et 49 ans, et s'inverse à partir de 50 ans où la proportion des femmes est nettement plus élevée (écart de 6 à 10 points).

¹²³ République Française. Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes. Direction du travail. Service du recensement. *Résultats du recensement général de la population effectué le 24 mars 1901*. Paris imprimerie nationale, 1904-1907. 5 volumes. Vol 1. Régions de Paris, du nord et de l'est. INED - Cote S2F 1901 :1/5 et Gallica

Figure 7 - Comparaison des âges d'entrée à l'asile avec la population de référence à Paris



Source : Mise en graphique du tableau précédent

- Jusqu'à l'âge de 30 ans, les hommes et les femmes internés sont en sous-représentation par rapport aux proportions de leur classe d'âge dans la population de référence.
- Les hommes entre 30 et 50 ans sont surreprésentés par rapport à la population de référence, puis à partir de 50 ans sont en proportion équivalente avec la population de référence.
- Les femmes sont surreprésentées par rapport à la population de référence, un plus tard, à partir de 40 ans et de façon continue ensuite sur toutes les classes d'âge qui suivent.

Ainsi, en termes d'âge, les recrutements à l'asile ne sont pas strictement homogènes avec les strates d'âge de la démographie générale. Il se passe « autre chose » qui différencie les hommes et les femmes entrant à l'asile.

Les développements sur « les âges de la vie » ont occupé les médecins naturalistes tout au long du XVII^e siècle avec des descriptions des différentes périodes, qui varient suivant les auteurs et qui déterminent en particulier un « âge critique » qui commencerait à cinquante ans, puis « l'âge de la vieillesse », avec des seuils différents pour les hommes et pour les femmes et selon les époques¹²⁴. Christine Théré¹²⁵ souligne la montée en puissance

¹²⁴ GARDANNE de Charles-Pierre Louis. *Avis aux femmes qui rentrent dans l'âge critique*. Paris Gabon, 1816.

d'une vision pathologique de la ménopause au XVIII^e siècle. Mais le vieillissement ne peut être réduit à la seule fonction biologique, il est associé à des schémas complexes de dévalorisation, de perte d'autonomie et de déclassement social.

Comme le souligne Juliette Rennes¹²⁶ « la perspective de l'âge ouvre un nouveau territoire aux recherches sur le genre en incitant à faire fonctionner dans la temporalité des parcours de vie, des concepts élaborés dans une perspective jusqu'alors aveugle à l'avancée à l'âge ». Ces questions feront l'objet d'un examen attentif dans les chapitres suivants. Peut-on repérer, à partir de l'âge des femmes à leur entrée, des trajectoires qui seraient associées à ces tranches d'âge ? Qu'en est-il du devenir des femmes plus âgées entrées à l'asile ? Que devient une « femme internée » confrontée à cette avancée en âge pour elle-même mais aussi pour son entourage, qui vieillit également ?

2. *Etat civil, les femmes un peu plus « seules »*

« Pourrait sortir si quelqu'un acceptait de s'en occuper »

« Sortie amélioré(e) », « réclamé(e) », « remis(e), à ses parents », « sa femme », « son mari », « son ami(e) », « sa sœur », « son oncle », « ses enfants »...

La question de l'état civil des malades a une grande importance tant à leur entrée à l'asile que pour les conditions de leur sortie, celle-ci étant conditionnée, comme nous le verrons, par l'existence d'une personne qui vienne chercher le malade libéré, le conduise à une adresse précise et s'engage à s'en occuper. On imagine que ce soutien, en majorité « familial », s'organise différemment pour de jeunes célibataires qui sont chez leurs parents, ou lorsqu'elles sont plus âgées et que leurs parents vieillissants ou même décédés ne peuvent plus les prendre en charge, pour des célibataires seules ou vivant maritalement, pour des jeunes femmes mariées avec des enfants en bas âge ou pour d'autres en difficulté dans leur couple, pour des veufs et veuves âgés avec ou sans enfant, pour toutes celles enfin qui ont perdu leur emploi et/ou leur logement pendant leur séjour à l'asile.

Concernant la génération 1890-1909, l'âge moyen du premier mariage se situe autour de 24 ans pour les femmes, et de 27 ans pour les hommes.¹²⁷ Avec les nouveaux métiers qui exigent leur disponibilité totale, un nouveau célibat spécifique des villes du XIX^e siècle se

¹²⁵ THERE Christine. « Age et retour d'âge : l'asymétrie entre les sexes dans les discours médicaux en France. (1770-1836). Age et sexualité. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. 42/2015. P.53-75.

¹²⁶ RENNES Juliette. (Dir.). « Age ». *Encyclopédie critique du genre*. Paris La découverte. 2016. P.42-53

¹²⁷ HENRY Louis, HOUDAILLE Jacques. « Célibat et âge au mariage au XVIII^e et XIX^e siècles en France. II. Age au premier mariage ». *Population*, 34^e année, n°2, 1979, pp. 403-442.

développe : celui des femmes auxquelles le mariage était interdit ou pour lesquelles on le considérait comme incompatible avec leurs statuts. C'est le cas des jeunes domestiques placées dans des familles, des vendeuses dans les « grands magasins », des employées des Postes et des institutrices. En cas de grossesse, elles étaient licenciées immédiatement. La fréquence du célibat définitif est estimée à 10,9% pour les femmes nées entre 1871-1880 et à 9,9% pour leurs homologues masculins¹²⁸.

Entre l'état déclaré et la vie privée, il existe toujours des écarts et le concubinage était relativement fréquent dans les classes populaires. En 1914, suite à la déclaration de guerre et face à la mobilisation générale, « 2.500 couples non mariés ont régularisé leur situation à Paris, le double de l'année qui précède ».¹²⁹ Par ailleurs, le registre parisien des naissances montre le poids considérable des naissances « illégitimes » dans la domesticité et les services personnels des arrondissements aussi bien populaires que bourgeois¹³⁰. Enfin, J. Dupaquier¹³¹ note que la baisse de fécondité en France au début du XX^e siècle ne peut s'expliquer sans le recours à des techniques contraceptives qui s'étaient manifestement développées, ainsi que l'avortement, en particulier à Paris.

En conséquence, du fait que l'espérance de vie des hommes était plus courte que celle des femmes, le taux de veuves était nettement supérieur à celui des veufs. En 1911, 4,9% des hommes en France sont veufs contre 12,1% des femmes.¹³² Cette fréquence accrue s'expliquerait aussi en partie par le recul progressif des remariages, particulièrement chez les femmes.

Célibataires et veuves, comme le souligne Arlette Farge, « les femmes seules ne sont pas une catégorie homogène ».¹³³ Sans oublier les divorcées qui à cette époque étaient peu nombreuses.

De même que pour l'âge, c'est dans les rapports des asiles de la Seine que nous avons pu trouver des données suffisamment détaillées et en nombre. Dans les relevés qui suivent, nous avons retenu les classes d'âge à partir de 20 ans, à l'époque où se constitue une

¹²⁸ DUPAQUIER Jacques, (Dir.). *Histoire de la population française*. T3 de 1789 à 1914. PUF 1988. P.423.

¹²⁹ FEYDEAU de Guislaine, MELCHIOR-BONNET Sabine. « Le mariage à l'épreuve des guerres ». *Histoire du mariage*. Dir de MELCHIOR-BONNET Sabine et SALLES Catherine. Paris ROBERT LAFFONT 2009. 1229 p. P.905-911.

¹³⁰ GARDEN Maurice. « Mariages parisiens à la fin du XIX^e siècle : une micro-analyse quantitative ». *Annales de démographie historique*. 1998, p.111 à 133.

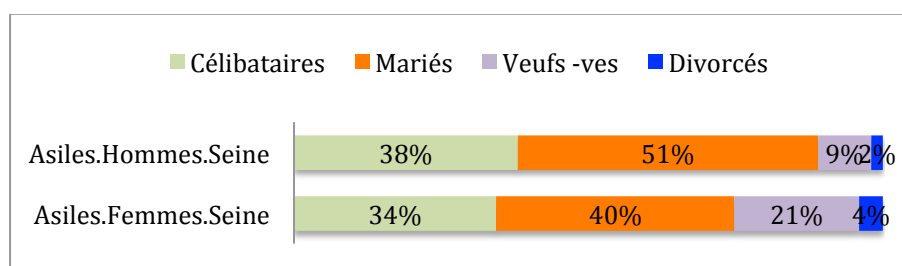
¹³¹ DUPAQUIER Jacques, (Dir.). *Histoire de la population française*. T3 de 1789 à 1914. PUF 1988. P.444.

¹³² *Ibid.* page 428.

¹³³ FARGE Arlette, KLAPISCH-ZUBER Christiane. *Madame ou Mademoiselle ? Itinéraires de la solitude féminine*. XVIII^e – XX^e. Arthaud Montalba. 1984.

différenciation progressive entre célibataires et mariés. Ce travail est mené sur la population des admissions dans les années 1903 et 1911.

**Figure 8 - Répartition des états civils des hommes et femmes entrants à l'asile.
Asiles de la Seine 1903 et 1907**



Source : *Rapports du service des asiles du département de la Seine, Années 1903 et 1911*
L'effectif des hommes est de 3.194, l'effectif des femmes est de 3.241

Ce graphique souligne les différences dans la composition sociale des hommes et des femmes entrant à l'asile, avec

- un taux de veuves (21%), plus important que celui des veufs (9%),
- une proportion de mariés plus élevée chez les hommes (51%), que chez les femmes (40%),
- des taux de célibat sont assez proches : respectivement 38% pour les hommes et 34% pour les femmes.

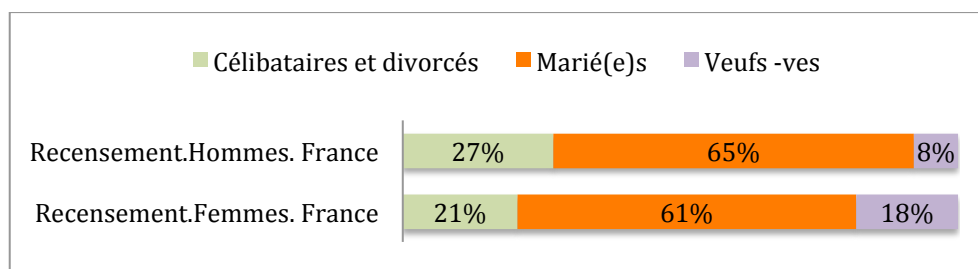
Ce qui au final donne

- pour les femmes, 60% de célibataires, veuves et divorcées, et 40% de mariées;
- pour les hommes, 50% de célibataires, veufs et divorcés, et 50% de mariés.

Comparaison avec la population recensée en 1901

La question est alors de savoir si et dans quelle mesure ces chiffres sont convergents avec ceux de la population française. Nous avons mené le même calcul à partir du recensement de 1901, pour la France entière en ne retenant que les classes d'âge à partir de 20 ans et plus. La figure suivante permet d'observer que les femmes sont un peu moins célibataires mais un peu plus veuves que les hommes, dans la population française en 1901.

Figure 9 - Répartition de l'état civil d'après le recensement de 1901. France entière, âges supérieurs à 20 ans.



Source. République Française. Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes. Direction du travail. Service du recensement. Résultats du recensement général de la population effectué le 24 mars 1901. Paris imprimerie nationale, 1904-1907. Vol 1
Les effectifs - Hommes de plus de 20 ans : 11.859.176. Femmes de plus de 20 ans : 12.535.344

La comparaison de ces deux derniers graphiques montre clairement

- une proportion de célibataires, parmi les femmes entrées à l'asile (34%), nettement plus élevée que leur taux de célibat en général en France (21%).
- la proportion de célibataires parmi les hommes entrées à l'asile est également plus élevée (38%) que leur taux de célibat dans la France entière (27%).
- le taux de veuves entrant à l'asile est légèrement supérieur (21%) à leur taux national (18%). Le taux de veufs entrant à l'asile (9%) est similaire à celui du recensement (8%).
- une moindre proportion d'hommes et de femmes mariés entrant à l'asile que dans la population recensée : 40% de femmes entrant à l'asile sont mariées contre 61% dans le recensement national, et 51% d'hommes entrant à l'asile sont mariés, contre 65% dans le recensement national.

Au total, on constate donc que, du seul point de vue de leur âge et de leur état civil, les différences entre les hommes et les femmes entrant dans les asiles parisiens de la Seine pour les deux années 1903 et 1911 sont très marquées :

- les femmes entrent moins nombreuses dans l'ensemble, sauf dans les classes d'âge plus élevées. 60% d'entre elles sont célibataires, veuves et divorcées alors que la proportion de femmes seules n'est que de 38% dans la population nationale recensée en 1901.

- les hommes entraient plus nombreux à l'asile mais dans des tranches d'âge plus jeunes. 47% d'entre eux étaient célibataires, veufs et divorcés, contre 35% dans la population nationale recensée en 1901.

Ainsi la caractéristique des femmes entrant à l'asile serait à la fois d'être moins nombreuses à y entrer que les hommes, mais par contre, plus nombreuses que les hommes dans les classes d'âge plus élevées. Elles affichent de façon très nette un statut social de célibataire et veuve dans des proportions nettement plus élevées que la population de référence et que les hommes entrant à l'asile. Il n'est pas possible pour le moment, sur la base de ces données collectives, d'établir de lien précis entre l'âge et l'état civil. Par contre on peut penser que ces différences démographiques majeures puissent contribuer à la compréhension de la moindre sortie des femmes de l'asile.

D. Conclusions du chapitre 1

En résumé, les femmes entraient moins nombreuses que les hommes...

Au XIX^e siècle et en particulier au début du XX^e siècle, les femmes

- entraient à l'asile moins nombreuses, en nombre et en proportion (47%) que les hommes (53%),
- appartenaient à des tranches d'âge un peu plus élevées que celles des hommes. A l'admission 19% des hommes mais 31% des femmes ont plus de cinquante ans,
- étaient un peu plus célibataires et un peu plus veuves, et sans doute de ce fait, un peu plus isolées. La proportion de célibataires entrant à l'asile (34% des femmes) est de treize points supérieure à la proportion de célibataires dans la population recensée de cette même époque (21%),
- on ne constatait pas pour autant un excès de recrutement de veuves, par rapport à la population générale en France à la même époque.

Par contre, elles restaient plus longtemps à l'asile : le phénomène de leur moindre sortie commence à se manifester pour les classes d'âge de 30 à 40 ans, formant par accumulation d'effectifs non sortants, qui se traduit par un sureffectif en proportion nettement plus élevée (38%) que chez les hommes (23%) et dans les tranches d'âge à partir de 50 ans.

Le sureffectif féminin se fabriquait à l'asile

Il apparaît clairement que les asiles au XIX^{ème} siècle en France ne se sont pas remplis sous l'emprise de pratiques misogynes qui se seraient manifestées particulièrement à l'encontre de jeunes femmes rebelles. Le sureffectif féminin est un processus qui se constitue dans le temps de l'internement, par l'accumulation d'effectifs de femmes qui sont maintenues à l'asile en raison d'un certain nombre de facteurs qu'il reste à éclaircir ; on peut faire l'hypothèse que ceux-ci contribuaient à allonger leur séjour, voire à le prolonger indéfiniment.

On peut donc affirmer que tout au long du XIX^e siècle et jusqu'en 1914, le surenfermement des femmes se « fabriquait à l'asile », et pendant l'internement. L'asile étant pris ici non pas comme un lieu isolé mais dans le champ institutionnel politique, économique et social de cette époque, dans lequel il assure une fonction sociale particulière en relation et en interaction avec les autres institutions et les familles.

L'examen comparé des données d'état civil entre hommes et femmes au moment de leur admission à l'asile, nous a permis d'approcher quelques-unes des réalités sociodémographiques qui ne s'arrêtent pas aux portes de l'asile, mais qui participent très probablement de la compréhension des spécificités de la formation des sureffectifs féminins et de leur moindre sortie. Les caractéristiques de ces femmes, à leur entrée, plus âgées que les hommes et manifestement plus isolées aussi, ne sont probablement pas de nature à favoriser leurs sorties de l'asile. Pour les femmes internées, l'asile devient fortuitement, le lieu de réalisation de leur condition sociale avec, en corollaire l'aggravation de leur dépendance vis-à-vis de ceux qui vont décider de leur sort sous l'emprise des modèles sociaux et culturels largement partagés, de leur « éternelle » fragilité aggravée par cet épisode asilaire.

« On n'en sortait pas », cette réputation faite à l'asile s'avérait être le sort particulièrement réservé aux femmes. L'analyse du parcours « d'Henriette D. », publié par Isabelle von Buelzingsloeven¹³⁴ peut venir ici en contre-point de cette analyse statistique pour donner une idée des divers éléments qui contribuent à façonner des longs séjours de cet acabit pour les femmes. Grâce aux traces de son dossier et de témoignages de personnes qui l'ont connue, cette étude de cas a permis de reconstituer les contextes et causes de son internement. Entrée à l'asile de Bron en 1925 à l'âge de 38 ans, pour délire de persécution, elle y a vécu internée pendant 75 ans. Elle était célibataire, sans profession et sans enfant, et

¹³⁴ VON BUELTZINGSLOEWEN Isabelle, « A propos d'Henriette D. Les femmes et l'enfermement psychiatrique dans la France du XXe siècle ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. 26/2007 pp. 89-106, 2007.

vivait chez sa mère avec son frère. Ses troubles mentaux se présentaient avec des alternances de délires et de périodes calmes. Dans l'asile, elle travaillait et assurait des ménages. Ce qui pour certains est une des raisons majeures du fait qu'elle n'en soit pas sortie. Elle présentait un niveau d'endurance physique peu ordinaire, elle a traversé la guerre, la famine et divers accidents de santé ! La perspective de sa sortie s'est heurtée à son isolement familial. On ne sait pas très bien quand sa mère est décédée, les différents contacts avec ses nièces sont restés sans suite, elles étaient très éloignées de cette tante dont elles ignoraient l'existence, et la famille a préféré garder secret son internement.

Isabelle von Buelzingsloeven en conclut :

« L'internement d'une femme a peut-être été plus facilement et plus promptement envisagé que celui d'un homme, sa réinsertion dans le milieu familial, au terme d'un séjour plus ou moins long à l'asile, a pu s'avérer plus ardue. Ce constat, qui demanderait à être confirmé et affiné en fonction de paramètres tels que l'âge, l'origine sociale et la pathologie du malade, reflète sans doute la place inégale des hommes et des femmes sur le marché du travail, le devenir économique des familles étant plus souvent tributaire des revenus procurés par les hommes que de ceux procurés par les femmes. (...) Mais on peut supposer qu'il renvoie aussi à des représentations (de la folie, de la place et de la fonction des femmes au sein de la famille et de la société) qu'il conviendrait de cerner et d'explicitier dans une enquête approfondie et affranchie des présupposés militants et/ou misérabilistes qui ont fondé tant d'analyses dans lesquelles les historiens ont du mal à se reconnaître aujourd'hui. »

Entre la généralité des explorations statistiques et l'analyse de cas individuels, on mesure l'intérêt de s'appuyer sur des éléments précis pour nourrir la compréhension des facteurs qui ont contribué à ce fait social : l'internement durable des femmes et leurs sureffectifs dans les asiles au XIX^e siècle. Notre étude se veut être une contribution modeste à ces efforts de recherche qu'Isabelle von Buelzingsloeven appelle de ses vœux.

Comme le souligne Howard Becker, le constat de corrélations suggère des raisons possibles mais n'explique pas pour autant comment se produit cet effet, pour cela il faut ouvrir « les boîtes noires. »¹³⁵ C'est de cela que nous allons présentement nous occuper...

¹³⁵ BECKER Howard S. *La bonne focale. De l'utilité des cas particuliers en sciences sociales*. Chicago 2014. Paris, La Découverte, 2016, pour la traduction française. 267 p.

II. ENQUETE SUR LE DEVENIR DES FEMMES

Le premier chapitre nous a permis, entre autres, de découvrir les faits statistiques marquants concernant la population asilaire, et en particulier de comparer celle des femmes à celle des hommes, ainsi qu'à la population recensée à la même époque. Lorsque nous constatons que les sureffectifs « se fabriquent à l'asile », par cette formule nous voulions marquer une différence avec l'opinion répandue que les femmes auraient été poussées à l'asile par des phénomènes sociaux qui leur seraient particulièrement défavorables, voire hostiles. Par contre, *la fabrication* de ces effectifs restant à l'asile, déplace la question à l'autre extrémité du processus, c'est-à-dire à la sortie, ou plutôt à la non-sortie de l'asile ; en d'autres termes dans l'asile en tant que lieu et espace-temps où se déploie un certain nombre de pratiques sociales, professionnelles et institutionnelles, qui conditionnent et formatent ces carrières particulières, en tant que facteurs *endogènes* à l'asile. Pour autant ce lieu n'est pas isolé du contexte social à l'intérieur duquel il assure ses fonctions, lequel milieu social est lui-même porteur de facteurs de *formatage* de ces carrières par ce que l'on appellerait alors les facteurs *exogènes*.

Ce sureffectif était régulièrement expliqué comme étant le résultat de leurs moindres sorties autant guéries que décédées et de la longévité de leur séjour. Ce qui laisse entière la question de savoir pourquoi elles guérissent moins, et pour quoi elles sortent moins, ces deux points étant loin d'être identiques. Les autres tentatives d'explication se fondent essentiellement sur des différences de profils pathologiques entre les hommes et les femmes. Pour autant les acteurs de terrain savaient aussi, parce qu'ils le vivaient au quotidien, que la sortie de l'asile, n'était pas un problème strictement médical. C'est ce qu'exprimait le docteur Truelle, médecin directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron en 1907¹³⁶ :

« Dans les considérations qui peuvent entrainer un médecin à provoquer la sortie d'un malade, entrent des considérations étrangères à l'état mental. Nous avons à la colonie un certain nombre de pensionnaires.../...qui pourraient être rendues à leur famille si celle-ci voulait ou pouvait se charger de leur procurer les soins et la surveillance nécessaire. Mais précisément cette absence de bonne volonté ou de faculté de la part de la famille, obligeant la société à pourvoir à l'assistance et à la sécurité de ces malades ne permet pas au médecin de

¹³⁶ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. Années 1907.* Montévrain. Imprimerie Typographique de l'Ecole d'Alembert appelé aussi Rapport du directeur général de l'Assistance Publique à Monsieur le Préfet de la Seine pour le service des aliénés du département pour l'année. Rapport du Docteur Truelle, page 477-478.

provoquer une sortie au risque d'amener des rechutes délirantes et de livrer à l'abandon et la misère des malades non guéries qui lui sont confiées. »

Comme nous le soulignons en citant Howard Becker, les régularités statistiques que nous avons constatées ne nous ont jamais livré que *des corrélations entre phénomènes* nous incitant à observer de plus près *le type de lien éventuel* qu'elles suggèrent. La question se pose, maintenant, de ce qui pourrait permettre d'expliquer la teneur de ces résultats pour les carrières des femmes à l'asile. En d'autres termes, quelles sont les réalités qui pourraient rendre compte de ces régularités statistiques, du fait dominant de la plus grande longueur de leur séjour, dominant au point d'occulter une diversité probable de l'éventail de leurs carrières singulières? Il nous faut ouvrir les « boîtes noires » des *modalités* selon lesquelles le destin majoritaire des femmes, de même que celui des cas minoritaires, « se fabrique à l'asile ».

On peut faire l'hypothèse que dans les interactions qui ont lieu entre l'asile et le milieu social, ces différents facteurs puissent se combiner, se renforcer ou s'annuler, favorisant ou aggravant le devenir possible de celles qui en sont ainsi l'enjeu. Il nous faut donc entrer, autant que faire se peut, dans le concret des faits et des gestes, des interactions et des processus, dont l'asile est le lieu et l'enjeu tout à la fois. C'est à ce niveau que nous aurons des chances de trouver ce que nous cherchons, à savoir de quoi rendre compte de la diversité des destins des femmes internées en même temps que des tendances 'lourdes' qui façonnent leur figure collective. Nous tenterons donc de repérer les modalités selon lesquelles les facteurs, exogènes et endogènes, s'exercent en interaction les uns avec les autres dans le cadre de l'asile, et lesquelles de leurs combinaisons dominantes leur font jouer le rôle de « retardateurs » ou de « prolongateurs » des carrières asilaires féminines.

Pour pénétrer dans cette réalité touffue, nous avons décidé de concentrer particulièrement notre étude sur les parcours – nous dirons les « carrières » – des femmes internées, en nous attachant à regarder la façon dont s'articule l'argumentation médicale dans les processus *de décision de sortie et de maintien à l'asile*, et à saisir ce qui se joue ici, tant du fait des conditions endogènes générées par l'internement, que par les conditions caractérisant l'environnement social de « la malade ».

A. Le cadre de l'enquête

1. *La carrière morale dans les institutions psychiatriques*

Le concept de « carrière morale » du malade mental dans les institutions psychiatriques élaboré par E. Goffman¹³⁷ continue de s'avérer un concept-clé pour aborder l'étude des devenir des femmes internées, de leurs parcours dans l'institution asilaire. C'est-à-dire la façon dont l'institution modifie et modèle le destin social de l'individu « happé » par elle. Ainsi la question de la maladie mentale qui figure dans les raisons de l'internement et de l'internement durable des femmes, va être reprise ici dans le cadre médical et social du début du XX^e siècle. Comme le souligne E. Goffman, la carrière morale ne peut être réduite aux seules notions de diagnostic et de pronostic sur le cours de la maladie :

« Sans doute ceux qui entrent dans les hôpitaux différent-ils les uns des autres par la nature et l'intensité des maux qu'un psychiatre pourrait diagnostiquer... mais une fois engagés dans le processus, ils se trouvent confrontés à des conditions largement identiques et réagissent de façon plus ou moins semblables, qui ne sont pas du fait de la maladie mentale, *mais des conditions dans lesquelles ils sont mis du fait de cette maladie déclarée telle* ». (Je souligne.)

Le concept *d'interaction* est au cœur des analyses dites « microsociologiques » ou « ethnométhodologiques » de ladite « carrière morale ». C'est l'interaction ou, en d'autres termes, le va-et-vient entre l'individu et son contexte, entre ses représentations et celles des autres, qui fait du « séjour » et du « parcours » de l'interné une *carrière morale*, marquée par les évolutions significatives des situations et, avec elles, des images de soi.

Ce type d'analyse demande de ne pas se contenter de recourir aux grandes déterminations de groupe¹³⁸. On parle alors d'une lecture « microsociologique »¹³⁹, laquelle consiste à regarder « de l'intérieur » les processus familiaux et les variétés interindividuelles ainsi que les groupes de sociabilité qui peuvent avoir des influences dispositionnelles autant que contextuelles. Pour E. Goffman, toujours,

« la carrière du malade mental envisagée hors de toute considération événementielle particulière passe par trois grandes phases : la période immédiatement antérieure à l'entrée à l'hôpital, que nous appellerons « phase pré-hospitalière », la période de séjour à l'hôpital ou

¹³⁷ GOFFMAN Erwin, *Asiles. Etudes sur les conditions sociales des malades mentaux*. Présentation de Robert Castel. Les Editions de Minuit. 1968. 452 p. « Le concept de carrière » et « l'institutionnalisation de la maladie mentale » p.179-183.

¹³⁸ DUBAR Claude, NICOURD Sandrine, *Les biographies en sociologie*. Paris La découverte. 2107. 121 p.p.39.

¹³⁹ JOSEPH Isaac. *Erving Goffman et la microsociologie*. PUF 1998. 126 p. Ebook en ligne 2009.

«phase hospitalière », la période qui suit éventuellement la sortie de l'hôpital ou phase post-hospitalière.».

Son traité n'avait abordé que les deux premières phases. On l'aura compris, notre enquête, centrée sur la durée de l'internement et la « fabrication » de l'internement durable des femmes, est centrée sur la phase hospitalière et abordera la phase post-hospitalière avec celles qui, une fois sorties, reviennent à l'asile, ou parfois donnent de leurs nouvelles.

2. Une enquête « prosopographique »

La méthode prosopographique utilisée par les historiens¹⁴⁰ pour rendre compte de parcours biographiques dans leur déroulement, va s'avérer l'outil de base pour recueillir et analyser de façon systématique un certain nombre de parcours asilaires. Elle consiste à prendre un groupe d'une taille suffisante avec des caractéristiques similaires, sur une période déterminée, et à recueillir, sur une base individuelle et nominative, les informations concernant chaque personne et les éléments connus de son parcours de vie. Elle permet de créer une base de données quantitative et qualitative, sur la durée, situant les études de cas dans un ensemble statistique qui leur donne sens. La lecture de chaque parcours s'inscrit dans les cadres structurants du contexte repris par l'enquête. Les Registres des Lois, utilisés et conservés par tous les asiles, avec les mêmes rubriques systématiques¹⁴¹ permettent de constituer une base de ce type pour assurer le suivi de chaque parcours des internées à partir de la date de leur entrée.

Les études historiques qui portent sur l'histoire des patients, avec cette méthode, font généralement le choix de couvrir un asile particulier, sur une longue période, d'une centaine d'années environ, et d'approfondir l'histoire des personnes internées dans le cadre politique et social de cet asile et de son environnement. C'est le cas d'Hervé Guillemain pour les asiles de la Sarthe¹⁴², de Sophie Richelle pour l'asile de Bailleul dans le Nord¹⁴³, d'Anne Roekens pour le Beau Vallon à Namur¹⁴⁴, d'Anatole Le Bras pour l'asile de Quimper¹⁴⁵, et de bien d'autres encore.

¹⁴⁰ DEMAZIERE Didier, SAMUEL Olivia, « Inscrire les parcours individuels dans leurs contextes ». *Temporalités*. 11/2010. En ligne. URL :<http://temporalites.revues.org/1167>

¹⁴¹ Voir les relevés en annexe

¹⁴² GUILLEMAIN Hervé, *Chronique de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe du XIX^e au XXI^e siècle*. Editions de la Reinette. 2010. 143 p

¹⁴³ RICHELLE Sophie. *Les folles de bailleul, Expériences et conditions d'internement dans un asile français, 1880-1914*, Bruxelles, Université des femmes, Cahiers de l'UF, 2013.158 p.

¹⁴⁴ ROEKENS Anne (Dir.). *Des murs et des femmes. Cent ans de psychiatrie et d'espoir au Beau Vallon*. PU NAMUR 2014. 196 p.

J'ai choisi d'observer ces parcours de femmes dans plusieurs institutions asilaires, quatre asiles départementaux (deux asiles de la Seine et deux asiles en province), et deux maisons de santé privée, pour repérer des pratiques institutionnelles concordantes ou éventuellement différentes d'un lieu à l'autre sur le territoire français. L'autre choix a été de travailler sur une période courte pour bénéficier d'une certaine cohérence des pratiques sociales et médicales, avec néanmoins les variations propres à cette époque. Cette période va de 1900 à 1914, période souvent considérée comme appartenant au XIX^e siècle. Elle est porteuse des débats critiques et des évolutions qui ont marqué cette fin de siècle, avec, en particulier la mise place des sorties « à l'essai et en congé » dans les années 1890, puis la création des colonies familiales dans les asiles de la Seine, à partir de 1892. La guerre de 1914 va ensuite marquer des ruptures sociales et économiques majeures dans cette première partie du XX^e siècle, qui ne seront pas sans conséquences sur le fonctionnement des asiles.

Le groupe constitué selon cette méthode est un artefact d'étude. Dans la « vraie vie », les femmes internées chaque année rejoignent à l'asile d'autres femmes qui étaient internées avant elles, et pour celles qui vont rester, de nouvelles femmes internées vont se mêler à elles les années suivantes. La création de cet échantillon d'étude isole et met en observation un certain nombre de femmes pour en étudier le devenir, et les suivre individuellement jusqu'à leur sortie ou leur décès. De même, les calculs qui seront menés sur ce groupe seront donc forcément différents des statistiques gestionnaires qui s'intéressent aux mouvements qui ont eu lieu sur une année de référence, alors que ce type d'enquête prend en référence une population d'individus, sur toute la durée de son parcours asilaire. Ils seront donc inédits, au sens où ils n'ont jamais été établis auparavant sur une telle base et sous une telle forme. La méthode choisie présente un grand intérêt pour l'étude des parcours asilaires, même si elle exige une vigilance permanente sur les comparaisons qui peuvent être faites à partir de ses résultats.

3. Saisir les interactions à partir d'un travail sur archives

Les sociologues interactionnistes comme E. Goffman ont mené leurs investigations en immersion dans les institutions psychiatriques, relevant les événements de toutes sortes et les interactions entre les malades, les familles et les personnels. Qu'une telle approche soit, pour notre part, exclue par principe à un siècle de distance, ne nous empêche pas d'user de ces

¹⁴⁵ LE BRAS Anatole. *Négociier l'internement. Les aliénés du Finistère entre familles, autorités et médecins (Asile saint Athanase, 1850-1900)*. Master d'histoire, Institut d'études politiques de Paris, Ecole doctorale de Sciences PO. 2014

concepts en raison de leur valeur intrinsèque, et aussi de la nature même des archives accessibles.

Les archives hospitalières n'échappent pas au sort des archives en général. Les documents qui sont jugés dignes d'être conservés concernent généralement des actes dont la valeur administrative l'emporte. Ce qu'il nous en reste ensuite est le fait de tris successifs, d'éliminations et d'accidents divers. « L'histoire se fait avec des documents. Les documents sont les traces qu'ont laissées les hommes d'autrefois. Parmi les pensées et les actes des hommes, il en est très peu qui ont laissé des traces visibles, et ces traces sont rarement durables : il suffit d'un accident pour les effacer. »¹⁴⁶ Mais il arrive aussi que l'on y trouve des documents, laissés à cet endroit, du fait d'autres types d'accidents, erreurs, omissions...

Ces documents sont soumis aux règles de communication relatives à la protection de la vie privée régies par le Code du Patrimoine.¹⁴⁷ Nous signons un engagement à ne publier ou ne communiquer aucune information susceptible de porter atteinte aux intérêts protégés par la loi, notamment à la vie privée des personnes. Des femmes internées dont il sera question, nous ne donnerons que les initiales.

Les écrits médicaux qui ponctuent le séjour des femmes internées et que l'on trouve dans les registres et les dossiers médicaux sont organisés, selon des rythmes précis, prescrits par la loi de 1838, régis par les règles strictes de leur production (cf. encadré). Ce point est fondamental : les écrits médicaux de ces archives ne sont pas des écrits cliniques, ce sont de très brefs diagnostics, entre quatre et dix mots, des « jugements » sur la situation pour reprendre l'expression de Nicolas Dodier,¹⁴⁸ pour justifier une décision, celle d'interner, de maintenir à l'asile ou de faire sortir, mettre en liberté un(e) pensionnaire.

Figure 10 - Rappel de l'article 12 de la Loi de 1838 ¹⁴⁹

« Il y aura dans chaque établissement un registre coté et paraphé par le maire, sur lesquels sont immédiatement inscrits : les noms, profession, âge, domicile des personnes placées dans les établissements ; la mention du jugement d'interdiction, si elle a été

¹⁴⁶ LANGLOIS Charles-Victor, SEIGNOBOS Charles. *Introduction aux études historiques*. Paris 1898.

¹⁴⁷ Code du Patrimoine, L.213-1 et L.213.2. Les délais de leur communication sont de vingt cinq ans à compter de la date du décès de l'intéressé. Si celle-ci n'est pas connue, le délai est de cent vingt ans à compter de la date de naissance de la personne en cause. L'accès à ces archives, sauf dans quelques cas est donc, sauf exception, soumis à l'obtention d'une dérogation.

¹⁴⁸ DODIER Nicolas, RABEHARISOA Volona, « Les transformations croisées du monde « psy » et des discours du social ». *Politix*. 2006/1 (n°73) p.9-22.

DODIER Nicolas. *L'expertise médicale*. Metailié. 1993. P.372.

prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne parente ou non parente qui l'aura demandé.

Seront également transcrits sur ce registre : 1° le certificat du médecin joint à la demande d'admission ; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11. Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre au moins une fois tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les décès et les sorties.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement lorsqu'elles se présenteront pour faire la visite ; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations s'il y a lieu. »

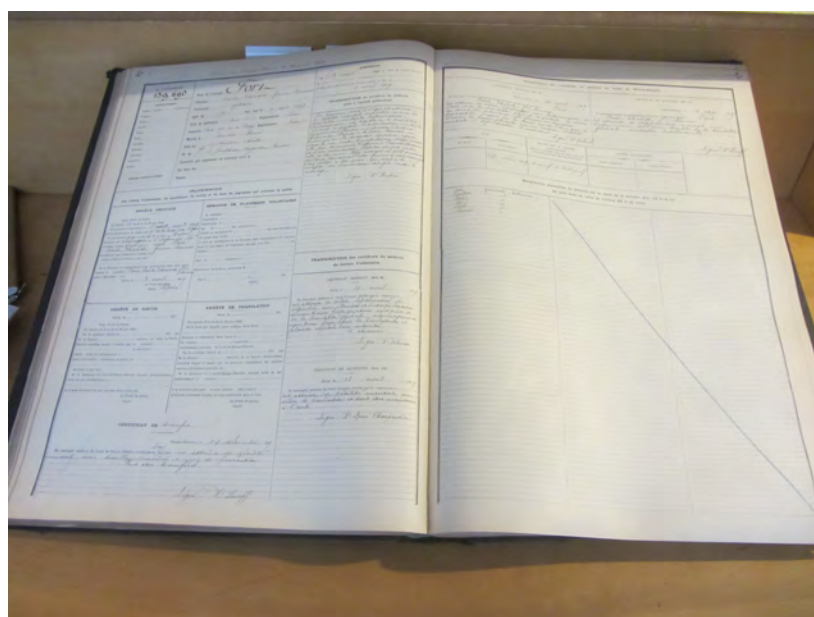
Le fameux Registre des Lois, document grand et lourd, (32cm x 49 cm, environ 3 kilos), ne contient donc pas les lois, comme son nom l'évoque, mais toutes les données écrites, et retranscrites, tel que prescrit par la loi. Chaque asile édite ses registres, avec un cadrage systématique des rubriques à remplir. C'est donc un support que l'on trouve d'un asile à l'autre, particulièrement intéressant pour organiser une collecte systématique de données de base. Il est toujours conservé dans les archives, il a une valeur médicolégal et historique. Malgré sa nature hautement construite et contrôlée, on peut y trouver des manifestations insolites qui peuvent susciter l'imaginaire ou donner lieu à des pistes nouvelles de recherche.

¹⁴⁹ On trouve le texte de la loi de 1838. In Castel déjà cité. p.316-324, et sur internet.

Photo 4 - Registre des Lois dans les archives de Montfavet



Photo 5 –Deux pages par patients à Ville-Evrard et Maison-Blanche. La première page est consacrée aux renseignements concernant la personne, et la seconde aux certificats d'admission et aux suivis mensuels



Chaque rubrique est cadrée avec la référence de l'article de loi obligeant de remplir la rubrique. Dans certains registres, cette page est plus libre, la place et le nombre de lignes sont laissés à l'initiative des médecins.

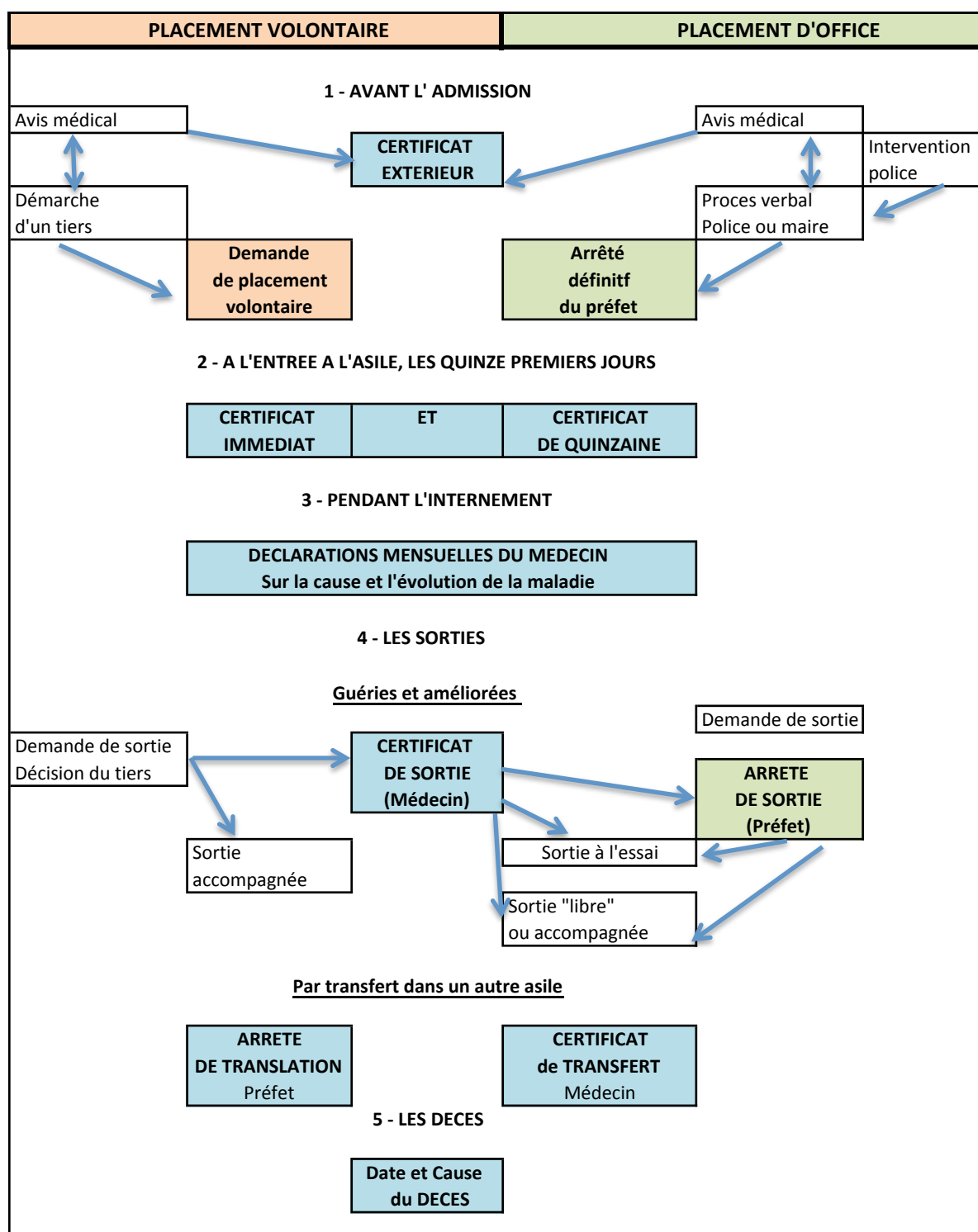
La page des suivis mensuel se présente avec trois colonnes, pour écrire de mois en mois les évolutions des malades. Elle est plus ou moins remplie selon la durée de séjour des malades et l'usage qu'en font les médecins.

On trouvera dans le schéma ci-après, la représentation colorée des documents qui sont systématiquement retranscrits dans le registre des lois aux divers moments d'étape du parcours asilaire ; en bleu pour les documents communs à tous les internés quel que soit leur placement, en rose pour les documents spécifiques du placement volontaire, en vert pour ceux qui sont spécifiques des placements d'office. En blanc figurent les principales actions qui précèdent ou suivent ces documents.

De plus, il existait systématiquement pour chaque personne internée, deux dossiers individuels, le dossier médical, et le dossier dit administratif ou d'admission.

Pénétrer dans ces archives, c'est donc entrer, à la faveur de toutes ces traces réglées (régulières et irrégulières aussi bien), dans un monde de pratiques socio-symboliques, d'acteurs et d'interactions, sur la durée ; ou du moins, dans ce qu'il nous en reste et qui nous a été transmis. Et ce peu qu'il nous reste n'est pas à sous-estimer. Nous avons entre les mains des énoncés : certains sont des transcriptions d'actes et/ou d'observations, d'autres sont des énoncés en tant qu'écrits valant enregistrement d'observation, d'autres encore des écrits-énoncés valant décision, comme nous l'avons souligné. Ces écrits, conçus pour être lus et contrôlés, sont de ce fait « adressés », selon leur statut, aux médecins entre eux, aux préfets, aux inspecteurs, aux familles, aux malades. Nous savons que, de fait, dans leur grande majorité, ces énoncés sont performatifs, s'avérant être autant des actes que des signes. Et qui dit acte, dit interaction entre acteurs. Ces traces nous permettent d'envisager de véritables perspectives sur le monde de l'asile et les carrières qui s'y déroulent.

Figure 11 – Schéma des documents obligatoires à chaque étape du parcours asilaire



B. La construction de l'enquête

1. Le choix des asiles

Au départ, et dans l'attente des dérogations qui prennent chacune trois mois, j'ai fait quelques relevés sur les archives de quelques établissements : Esquirol à Charenton, La Salpêtrière, les Maisons de santé de Vanves et de Sceaux... Relevés d'exercices et de prises de connaissance du terrain. Par la suite, le choix des asiles de l'échantillon a répondu à plusieurs préoccupations : la volonté d'associer plusieurs types d'asile, la qualité perçue des archives consultables et la facilité de les consulter sur un temps long. J'ai fixé mon choix sur deux asiles publics parisiens et deux asiles publics en province. Les deux asiles parisiens retenus sont Maison-Blanche et Ville-Evrard, asiles du service de la Seine, moins anciens et moins étudiés que La Salpêtrière et Sainte-Anne. Les deux asiles de province sont L'asile de Montdevergues à Montfavet (Avignon) avec une population-source rurale et urbaine et l'asile du Vinatier à Bron (Lyon) dont la population source est plus urbaine et industrielle. Ces quatre asiles font partie des grands asiles départementaux dont les effectifs dépassent le millier de malades. En 1905, l'effectif de femmes traitées dans ces quatre asiles était de 4.143, ce qui représentait 13% des malades traités dans les 52 asiles départementaux¹⁵⁰.

J'ai également fait des relevés systématiques, mais moins nombreux, dans deux maisons de Santé, la Maison de Santé du Dr Falret à Vanves et la Maison de Santé du département de la Seine à Ville-Evrard.

Tous ces asiles pavillonnaires sont construits dans des parcs dont le nombre d'hectares permet d'espacer les bâtiments et les pavillons, d'installer les services techniques et ateliers, d'accueillir des activités agricoles et parfois de l'élevage.

¹⁵⁰ 1854 *Statistique générale de la France. Statistique annuelle des institutions d'assistance*. Imprimerie Nationale. 1903 – 1907. *Statistique des établissements d'aliénés*, vol 1844-1852, vol -1860. Tableau XXXI. Aliénés présents par asile. P.60. « 43.783 aliénés présents, hommes et femmes, dans les 52 asiles départementaux ». Maison-Blanche :1050 femmes, Montfavet 961 femmes, Ville-Evrard : 903 femmes et Bron : 1229 femmes.

Figure 12 - Présentation des deux asiles de la Seine : Ville-Evrard et Maison-Blanche

Asile de Ville-Evrard Neuilly Plaisance. Seine et Oise	Asile de Maison-Blanche Neuilly sur Marne. Seine et Oise
Ouvert en 1868 avec 716 malades Pavillons de malades dans un parc avec potager, serres, jardins et blanchisserie... A 13km de Paris Population Hommes et Femmes Effectifs au 1^{er} janvier 1903 : 686 Hommes et 538 Femmes, soit 1224 malades en traitement. Admissions en 1906 : 315 femmes « Moyens de communication : Métropolitain, correspondance à la porte de Vincennes avec le tramway de Ville-Evrard (chemin de fer nogentais). Gare de Vincennes-Bastille, correspondance à Nogent-sur-Marne avec le tramway de Ville-Evrard Gare de l'est (ligne de Mulhouse) – à Nogent-le-Perreux-Bry». (Cf. Le courrier du mari d'une malade et ses conseils pour aller à Ville Evrard).	Ouvert en 1900 pour 700 femmes, avec 14 pavillons et extension en 1909 avec 16 nouveaux pavillons. Pavillons de malades dans un parc avec potager, serres, jardins et blanchisserie... A 13 km de Paris Population Femmes uniquement Effectifs au 1^{er} janvier 1903 : 655 Femmes Effectifs au 1^{er} janvier 1911 : 1252 Femmes Admissions en 1905 : 375 femmes « Les visites ont lieu les jeudis et dimanches de midi ½ à 3 heures. « Moyens de communication : « Tramway Nogentais à la porte de Vincennes. - Chemin de fer de Vincennes. Correspondance avec le tramway Nogentais à la gare de Nogent-sur-Marne. Chemins de fer de l'est. Correspondance avec le tramway Nogentais à la gare de Nogent-Le-Perreux » (Ces indications figurent en bas de l'imprimé du bulletin de santé envoyé aux familles.)

On prendra connaissance avec le courrier joint des temps de trajets et de quelques enjeux des visites, qui avaient lieu deux fois par semaine, les jeudi et les dimanches, de midi ½ à 3 heures.

Paris le 11 novembre 1907

Bien chère Juliette

J'ai vu Antoinette hier, elle était un peu moins calme que les autres fois; elle a très bien mangé.

Elle ne pense qu'à partir et m'a dit qu'elle sauterait le mur si je ne l'emmenais pas avec moi; elle m'a reproché encore de l'avoir fait entrer à l'hôpital.

Pour aller là bas, voilà ton chemin, il est un peu compliqué.

En descendant de la gare st Lazare tu peux prendre le métro jusqu'au Père Lachaise, là tu changes pour aller à la Nation, là il faut que tu changes encore pour aller à Vincennes; en descendant du métro, tu tourneras à gauche et tu vois les Tr. Nogentais. Tu prends celui qui va à Ville-Evrard ou Maison Blanche. Si tu ne voulais pas changer de métro, il faudrait que tu ailles le prendre à la Concorde et tu vas directement jusqu'à Vincennes. Les heures de visite sont de midi 1.2 jusqu'à 3 heures.

Il faut que tu comptes au moins une heure du métro à Ville Evrard et une heure d'Asnières au métro.

Figure - 13 Présentation de l'asile de Montfavet (Avignon) et du Vinatier à Bron (Lyon)

Asile de Montdevergues Commune de Montfavet (Avignon) A 5 km au sud d'Avignon	Asile Le Vinatier Commune de Bron (Lyon) A 4 km au sud-est de Lyon
Une ancienne « maison royale de santé » qui par acquisitions nouvelles et extension est devenue asile départemental en 1838. Population : Hommes et Femmes. - Effectifs au 1^{er} janvier 1906 : 738 Hommes et 788 Femmes. Soit 1.526 malades dont 214 pensionnaires dans des locaux séparés, au compte des familles. - Admissions pour l'année 1906, 200 hommes et 144 femmes. L'établissement fonctionne pour quatre départements. La contribution de chacun des départements est très inégale : « proportionnelle à la proximité de l'asile », comme le note le médecin chef dans son rapport de 1907¹⁵¹. « Le Vaucluse a un aliéné pour 455 habitants. » « Le Gard a un aliéné pour 682 habitants. » « Les Basses-Alpes a un aliéné pour 834 habitants. » « Les Hautes-Alpes ont un aliéné pour 1.463 habitants »	A ouvert en 1878. Asile public départemental du Rhône. Population : Hommes et Femmes - Effectifs au 1^{er} janvier 1905 : 772 Hommes et 962 Femmes, soit 1.734 malades. - Admissions pour l'année 1905 : 244 hommes et 267 femmes. Dans le département du Rhône, il existe également un asile privé faisant fonction d'asile départemental : Saint Jean de Dieu, pour les hommes uniquement, (même effectif qu'au Vinatier, de 760 hommes), et quatre maisons de santé privées pour femmes placées volontaires qui totalisent 313 places.

¹⁵¹ Rapport médical de l'année 1906. Médecin chef, docteur Pichenot. Rapport médical 1907. Directeur J. Mongnet. Médecin-chef, Dr Broquère. Archives départementales du Vaucluse.

Figure 14 - Présentation des deux Maisons de santé.

Maison de santé du Docteur Falret de Vanves¹⁵² Créée en 1822 par Félix Voisin et Jean Pierre Falret. A partir de 1903, dirigée par Léon François Arnaud. 26 pavillons entourés chacun d'un jardin particulier dans un parc de 17 hectares (leur nombre est variable selon les documents et sans doute les années) Effectif : 50 places à l'ouverture, puis 65 en 1831, et 100 places au début du XXe siècle. (Réparties par moitié entre les hommes et les femmes). Reçoit des hommes et des femmes placés volontaires et payants. « Un domestique était attribué à chaque pensionnaire, pour participer à la réussite thérapeutique. » Un établissement pour classes aisées : propriétaires et rentiers, militaires, avocats, médecins, banquiers, pasteurs... Le prix de la pension en 1885 est de 500 frs par mois.	Maison spéciale de santé de Ville-Evrard¹⁵³ Fondée par le département de la Seine « ...dont le domaine séparé et l'entrée sont entièrement séparés, sans aucune mitoyenneté ni contiguïté avec l'asile ». 12 pavillons dans un parc de 21 hectares, avec salons, salles à manger, chambres individuelles ou petits dortoirs selon les classes. « Luxe et confort » Effectif : 230 malades, hommes et femmes. « Rien ne peut éveiller chez le malade l'idée pénible de l'hospice ou de l'asile d'aliénés ». « Suppression des moyens de contention mécanique grâce à l'application de méthodes de douceur ». Prix de pension en 1907 : 1^e classe, chambre individuelle, 300 frs par mois 2^e classe, chambres à 2 et 3 lits, 216, frs 66 par mois 3^e classe, petits dortoirs de 4 à 5 lits, 5frs par jour, 150 frs par mois. Les menus sont différents selon les classes.
--	--

Les archives historiques des asiles sont déposées dans les services des archives départementales. C'était le cas pour Maison-Blanche à Paris et Le Vinatier à Lyon. Par contre celles de Ville-Evrard et de Montfavet sont conservées dans le service actif des archives de ces établissements¹⁵⁴.

2. La constitution de l'échantillon

Nous avons constitué notre échantillon par des prélèvements répartis sur les quatre asiles ainsi que sur les années qui vont de 1900 à 1914. L'arrivée de la guerre en 1914 a entraîné la réquisition des deux asiles parisiens, et nombre de malades ont été évacués vers des asiles de province en septembre 1914. J'ai donc préféré limiter l'impact de cet

¹⁵² MOUTHON Jean Marie. *La Maison de santé de Vanves. Ses fondateurs, ses pensionnaires, son histoire. 1822-1932.* Diplôme de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes. 2013. Non publié.

¹⁵³ Document imprimé. Direction des affaires Départementales. Archives de Ville-Evrard.

¹⁵⁴ Conditions très différentes pour le chercheur suivant qu'il est immergé dans un monde d'archives et de chercheurs, ou dans la proximité de l'activité psychiatrique, avec le passage du personnel de l'établissement et le cas échéant, quand portes et fenêtres restent ouvertes, quelques malades que les archivistes connaissent bien par leur prénom et leur pavillon d'origine, et qui passent dire bonjour, tenter leur chance pour une clope, ou un bisou...

événement, en particulier sur l'étude des durées de séjour, en restreignant mes relevés des asiles de la Seine aux années allant de 1900 à 1909.

Ensuite la question se posait de faire des prélèvements aléatoires à répartir sur toutes ces années et sur les quatre asiles. Cette répartition pouvait se faire soit asile par asile, soit globalement sur les quatre asiles. Les conseils d'experts sur cette question variaient selon les points de vue, chacun concluant que les deux options étaient possibles. J'ai alors privilégié des relevés en continu, sur deux registres par asile, répartis sur des années différentes entre les quatre asiles. Méthode qui facilitait les contrôles-qualité des prélèvements. Autre critère non négligeable, comme le souligne Anatole Le Bras, l'organisation par saisie complètement aléatoire « nécessite des manipulations considérables de registres et de cartons »¹⁵⁵ tant pour le chercheur que pour le service des archives.

Ce qui au final donne la répartition suivante :

Tableau 9 - Répartition des effectifs de l'échantillon d'enquête

ASILES	Années de prélèvement	Registres	Nombre de « cas » relevés
Maison-Blanche	1902 et 1903 1909	N7 et N17	350
Ville-Evrard	1903 et 1907	R 119 et R 122	330
Montfavet à Avignon	1904 et 1905 1909 et 1912	R76 et R 28	302
Le-Vinatier à Bron	1900 et 1901 1903 et 1904	Q 315, Q 316, Q 318, Q 320	207

L'échantillon d'enquête sur les quatre asiles comporte 1189 entrées, 680 pour les deux asiles de la Seine et 509 pour les deux asiles de province. Dans le cas d'un échantillon aléatoire, la significativité des résultats ne dépend pas de taille de la population visée, mais de l'effectif de l'échantillon, dans ce cas, « l'effectif total de 1000 correspond à une marge d'erreur usuellement considérée comme acceptable. »¹⁵⁶

¹⁵⁵ LE BRAS Anatole. *Négocier l'internement. Les aliénés du Finistère entre familles, autorités et médecins (Asile saint Athanase, 1850-1900)*. Master d'histoire, Institut d'études politiques de Paris, Ecole doctorale de Sciences PO. 2014. Son échantillon d'étude sur les internés à Quimper « a été choisi de manière assez simple : l'intégralité des admissions des années 1850, 1860, 1870, 1880, 1890, et 1900 a été retenue. Soit 550 internés environ ». Page 27.

¹⁵⁶ LEMERCIER Claire, ZALC Claire, *Méthodes quantitatives pour l'historien, par la découverte*, « Repères » 2008. 120 p. p.25.

L'échantillon complémentaire sur les Maisons de Santé comporte 150 entrées. C'est un petit échantillon d'appoint qui a pour objectif de mettre en visibilité des différences entre ces deux types d'internement, en asiles publics et en maisons privées.

Le corpus de l'étude va être constitué de tous les relevés quantitatifs et qualitatifs menés sur les Registres de la loi de l'échantillon. Soit 1189 unités en asiles départementaux et 150 unités des deux maisons de santé, faisant un total de 1348. L'unité est en fait l'ensemble des relevés relatifs à une personne entrée à la date indiquée.

Cette unité correspond à la saisie d'une carrière qui a commencé à cette époque et qui va être suivie jusqu'à sa sortie de l'asile. Par contre si la personne a connu d'autres séjours avant celui-là, ou bien est amenée à connaître d'autres séjours après sa sortie, le seul registre des lois ne nous permet pas d'avoir une vue d'ensemble de son parcours asilaire. Seule la consultation des dossiers individuels permet d'accéder aux dossiers multiples relatifs à tous les séjours d'une malade dans un même asile.

L'échantillon ainsi constitué relève d'une « construction empirique », néanmoins fondée sur des « choix raisonnés » pour reprendre les expressions d'Olivier Martin¹⁵⁷. C'est une méthode à laquelle on peut recourir lorsque l'on dispose d'informations sur l'ensemble de la population traitée. Pour lui, l'échantillon est un « prisme laissant entrevoir une population ». Cette méthode ne garantit pas que les résultats soient universaux ou valables pour toute la population, mais elle permet de s'assurer que les résultats et statistiques ont un sens et une portée réelle. Ils valent pour une population dont on est capable de décrire les principaux contours.¹⁵⁸

3. La collecte et le corpus de l'étude

C'est un euphémisme de dire que l'organisation de la collecte, les choix de saisie complète ou partielle, sont structurants de la qualité des traitements qui pourront être menés ensuite. Il est par donc indispensable de décrire ces choix et méthodes.

Le corpus de l'étude est constitué des relevés quantitatifs et qualitatifs menés sur les registres de lois, soit 1189 unités en asile public et 150 en maisons de santé.

Il est complété par la consultation de 215 dossiers individuels dans les quatre asiles, que nous présenterons ensuite.

¹⁵⁷ MARTIN Olivier. *L'enquête et ses méthodes. L'analyse quantitative des données*. 3e édition. Paris Armand Colin. 2014. 125 p. Pages 15 à 45.

¹⁵⁸ Pour ces quatre asiles, le nombre des admissions par année, à cette époque, est d'environ 1.100. (cf les fiches de présentation, plus haut).

A partir des registres nous avons pu relever les données sur la base du séjour d'une malade et des informations concernant toute la durée de ce séjour. Ce recueil systématique était réalisé sur Excel. (cf liste complète en annexe). Il comporte :

- Les données utiles à la traçabilité des données, nom de l'asile, du registre, N° matricule de la personne.
- Une partie des données individuelles présentes dans le premier quart de la page du registre¹⁵⁹, nom et prénom, âge à l'entrée, état civil, profession.
- Les données utiles pour caractériser le séjour et le parcours : l'asile, le mode de placement, les dates d'entrée et de sortie, la durée de séjour, le mode de sortie, (évadée, améliorée, guérie, transférée, décédée), la qualité et le degré de parenté avec la malade des personnes qui ont fait la demande de placement volontaire ou qui se sont occupées de la sortie.
- Les écrits des diagnostics, des différents certificats, extérieurs, d'admission, de quinzaine, du suivi mensuel et des certificats de sortie ou de transfert, des causes du décès. Les phrases entières, tous les mots répétés... ou quelques mots choisis dans les certificats et les suivis de mois en mois.

Les trois premiers ensembles sont faits d'éléments d'information aisément identifiables, relatifs aux internées et à leur séjour. Le quatrième rassemble des éléments de nature différente : il s'agit, en effet, du *corpus des énoncés* que nous avons rassemblés sur chacun des cas à partir des éléments présents dans les Registres des Lois et complétés par la consultation des dossiers individuels dont nous allons maintenant reparler en détail.

Relever tout ou partie des énoncés ?

« Les heures passées à consulter l'archive sont autant d'heures passées à la recopier, sans en changer un mot. (...) Le goût de l'archive passe par ce geste artisan, lent et peu rentable, où l'on recopie les textes, morceaux après morceaux, sans en transformer la forme, ni l'orthographe, ni même la ponctuation. »¹⁶⁰

¹⁵⁹ Nous n'avons enregistré ni le lieu de naissance, ni l'adresse, ni les noms des parents, pour deux raisons. Tous ces noms propres sont difficilement lisibles et d'autre part la diversité géographique nous a semblé trop importante pour pouvoir être exploitée dans le contexte de cette époque. Il en irait autrement pour des études locales et pour ceux qui connaissent ou connaissent encore les familles, les lieux et les villages, pour apprécier les distances et autres caractéristiques régionales.

¹⁶⁰ FARGE Arlette. *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil 1989. Seuil Collection Points Histoire. 1997. 154 p. « Des traces par milliers » p. 24.

Lors de mes premiers travaux de collecte je ressentais la justesse de cette injonction à relever tous les détails et nuances qui se glissent dans les mots choisis par leurs auteurs, la répétition autant que la différence des tournures de phrases. Je mesurais aussi la masse d'écrits qu'il me faudrait relever, le temps et les moyens qu'il faudrait y consacrer, sans oublier l'impossibilité dans laquelle je serais de traiter un tel corpus. Il me fallait donc trouver des règles de « dépouillement », et des méthodes pour saisir ces écrits. « Comment décider entre l'essentiel et l'inutile, le nécessaire et le superflu, un texte significatif et un autre qu'on jugera répétitif ? Il n'y a pas de bonne méthode à vrai dire, ni de règles strictes à suivre », avoue Arlette Farge¹⁶¹.

La collecte s'est déroulée sur dix-huit mois et sur quatre terrains d'archives, avec la découverte de nuances nouvelles et la formation d'une sensibilité plus aiguisée au fur et à mesure de son déroulement, tandis que notre objet se précisait. Il fallait alors parfois reprendre les anciens relevés et les compléter ou abandonner des relevés qui auraient demandé de trop longues heures de travail. C'est en avançant que se précisent ce qui fait répétition ou différence, particularité d'un asile ou de modes de sortie, originalité et style particulier de l'un ou l'autre intervenant.

La question se pose de savoir quels sont les relevés à mener de façon exhaustive ou partielle, sur lesquels porteront ensuite les analyses menées. Les auteurs qui ont utilisé ce type d'enquête justifient leurs choix, chaque fois différents, en fonction des objectifs ou des contraintes de leur recherche. Marie Derrien, pour son étude sur les soldats de la Grande Guerre¹⁶², se base sur les diagnostics immédiats. Chez Anatole Le Bras,¹⁶³ les données quantitatives ont été complétées par « la transcription de documents ou d'extraits de documents des dossiers, dès qu'ils nous paraissaient intéressants ».

Chacun des diagnostics présente des particularités liées au type de médecin qui le pose (extérieur ou intérieur à l'asile), au lieu institutionnel où il est produit, au moment et aux enjeux du parcours de la malade concernée, et aux personnes à qui il est adressé.

¹⁶¹ FARGE Arlette. *Ibid.* « Les gestes de la collecte, recueillir » p.88.

¹⁶² DERRIEN Marie. *La tête en capilotade. Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français (1914-1980)*. Thèse de doctorat en histoire. Université Lumière Lyon 2. 2015

¹⁶³ LE BRAS Anatole. *Négocier l'internement. Les aliénés du Finistère entre familles, autorités et médecins (Asile Saint-Athanase, 1850-1900)*. Master d'histoire, Institut d'études politiques de Paris, Ecole doctorale de Sciences PO. 2014. 252 p. page 248.

Les certificats extérieurs - médecine de ville

Ces certificats rédigés par les médecins de ville, exposant les motifs d'admission, sont généralement plus nourris, plus étoffés et plus longs que tous les certificats écrits ensuite par les médecins aliénistes. Les registres formatés leur prévoient un espace plus grand.

Figure 15 – Copie d'un certificat extérieur. Registre des Lois de Ville-Evrard¹⁶⁴

P. Margueritte, célibataire 23 ans, sans profession. Placée volontaire par sa sœur, le 2 mars 1907. Sortie avant guérison, le 4 juillet 1907.

Transcription du Certificat de médecin joint au placement:

« Je soussigné DR en médecine de la faculté de Paris, certifie que Melle P. est une arriérée inconsciente ayant déjà donné les plus grands soucis à sa famille par son inégalité d'humeur et son inaptitude à quoi que ce soit, son défaut d'intelligence et un certain degré d'hystérisme. Elle devient même, quand on ne cède pas à son caprice, en proie à des excitations maniaques, se livrant à des voies de fait sur son père et les autres membres de sa famille. Ne comprenant rien de ce qu'on lui dit, riant bêtement aux moindres observations, cette malade ne peut sans inconvénient être laissée seule, et son admission dans un établissement spécial s'impose pour sa sécurité et celle des autres.»

Dr Wilhem, 1er mars 1907.

Les certificats immédiats et de quinzaine - médecine d'asile

Les diagnostics « immédiats » écrits par les médecins des asiles, dans les 24 heures qui suivent l'entrée du malade à l'asile, sont d'un tout autre style. Ils sont brefs, faits de six à dix mots, formant une accumulation de symptômes, avec peu ou pas de phrases. La maladie n'est pas toujours nommée à ce moment-là. Pour une même personne, d'un certificat à l'autre, ces mots-symptômes disparaissent ou se transforment lorsque le diagnostic s'affine : « l'affaiblissement des facultés mentales » fréquent en premier diagnostic peut disparaître pour laisser place dans le certificat suivant à un diagnostic plus précis ou différent : « mélancolie anxieuse », « paralysie générale », « démence précoce »... Comme on peut le voir dans les deux exemples suivants :

¹⁶⁴ Ville-Evrard. Registre 119. N° matricule 34108. P. Margueritte, célibataire 23 ans, sans profession. Placée volontaire par sa sœur, le 2 mars 1907. Sortie avant guérison, le 4 juillet 1907.

Figure 16 - Exemple de « certificat immédiat » et de « certificat de quinzaine »

	Certificat immédiat	Certificat de quinzaine
V.M.M. à Maison Blanche ¹⁶⁵	« <i>Dégénérescence avec idées de persécution et interprétations délirantes. Hallucinations probables de l'ouïe. »</i> (7 mots)	« <i>Affaiblissement intellectuel avec idées incohérentes de persécution. »</i> (5 mots)
F.J. Maison Blanche ¹⁶⁶	« <i>Affaiblissement intellectuel, embarras de la parole, tremblement, satisfaction niaise, paresse pupillaire, contusions et excoriations multiples. »</i> (12mots)	« <i>Paralysie générale avec conscience incomplète de sa situation. »</i> (5 mots)

Tous les certificats qui figurent dans le registre des lois sont des « transcriptions ». On ne sait pas qui assurait toutes ces copies. D'après le témoignage du médecin-chef de l'asile de Vaucluse, on apprend que des malades pouvaient être occupés à cette tâche ; il explique en effet que : « des malades employés à copier les certificats ou commis à l'entretien des bureaux ont commis des indiscretions sur ces certificats ». ¹⁶⁷ La lecture des dossiers individuels a permis de constater que les transcriptions sur registre étaient bien identiques aux certificats médicaux. Ces quelques mots ne seraient donc pas des résumés. Reste à savoir si les certificats des dossiers sont les originaux ou des copies de certificats qui auraient été envoyés à la préfecture...

Cette archive « la plus sèche et la moins séduisante » comme le dit Laure Murat¹⁶⁸, n'est pas de nature à nous instruire ni sur la vie ou le ressenti des patientes, ni sur les subtilités cliniques des aliénistes ; elle nous met en présence du discours professionnel officiel pratiqué par le psychiatre, « ce scribe équivoque de la démence », comme le qualifie cette historienne.

¹⁶⁵ Maison Blanche. R17 n°138267. V.MM. Célibataire, 36 ans, danseuse, entrée le 20 avril 1909, en placement d'office, transférée à l'asile de Moisselles, le 4 mars 1910.

¹⁶⁶ Maison Blanche. R17. N°139851. F.J. Célibataire, 39 ans, domestique, entrée le 21 avril 1908, en placement d'office, décédée le 9 avril 1909. Cause du décès, paralysie générale.

¹⁶⁷ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. Année 1901.* Montévrain. Imprimerie Typographique de l'Ecole d'Alembert. Dr Vigouroux, p.119-129.

¹⁶⁸ MURAT Laure. *L'homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie.* Gallimard. P.23-24.

Les suivis mensuels

Les suivis mensuels sont remplis de façon très variable selon les asiles et selon les médecins. Quelques mots ou rien du tout, une page vide dans certains cas, mais aussi trois pages pleines pour les séjours très longs. C'est dans cette rubrique que l'on trouve des annotations telles que « calme, s'occupe, pourrait sortir si quelqu'un acceptait de s'en occuper ».

A l'asile de Montfavet, cette page de suivi mensuel est investie par les résumés des bulletins de santé envoyés par le médecin chaque mois aux familles. Les pages sont remplies, il en est même prévu quatre par personne. Pour les très longs séjours, les observations se poursuivent sur le Registre des Reports.

A l'asile du Vinatier à Bron, les deux médecins semblent utiliser cet espace pour dialoguer entre eux sur l'évolution des malades, et leurs chances de s'en sortir, curables ou non, comme le montre l'extrait suivant¹⁶⁹ :

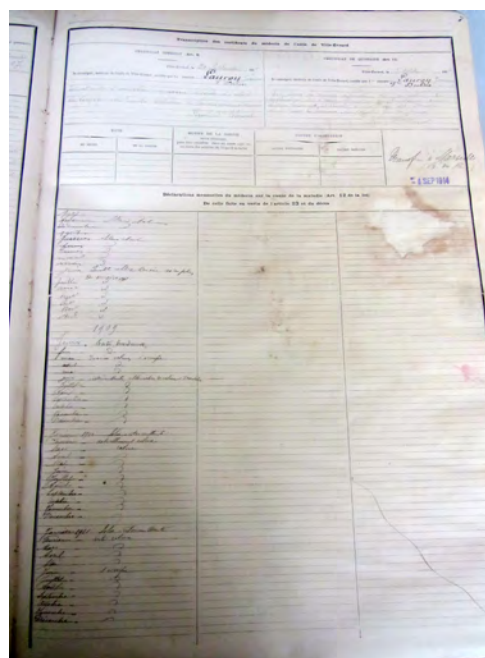
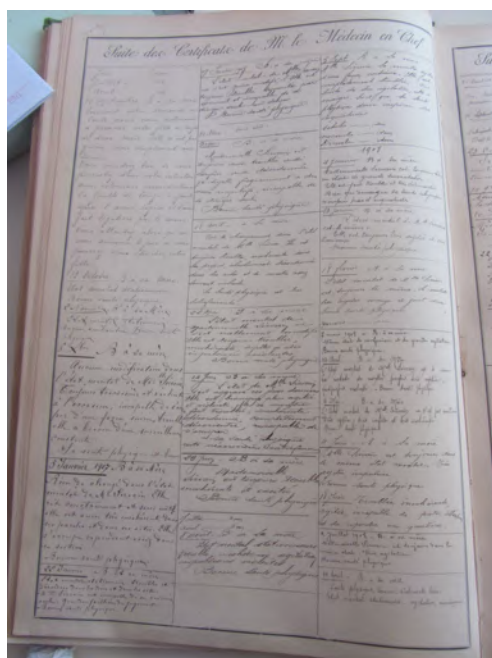
« 16 mars 1900, est atteinte d'excitation maniaque avec incohérence des idées et des actes. Cette malade est curable. Dr Pierret
 12 septembre 1900, est atteinte d'excitation maniaque avec affaiblissement mental, est probablement incurable. Dr Viallon
 Octobre - Id
 Novembre - Id
 27 décembre, n'est pas incurable. Dr Pierret
 13 février 1901, est guérie de son accès d'excitation maniaque et peut être mise en liberté». Dr Viallon.

A la Maison de Santé de Vanves, le médecin ne se contente pas d'une suite de mots, il fait des phrases complètes. Cela donne au lecteur l'impression d'une certaine dynamique :

« Septembre : Mademoiselle est moins bizarre, travaille un peu, reçoit des visites, mais les préoccupations malades persistent. Elle parle toujours de ses voix, dit qu'on va la couper en morceaux.

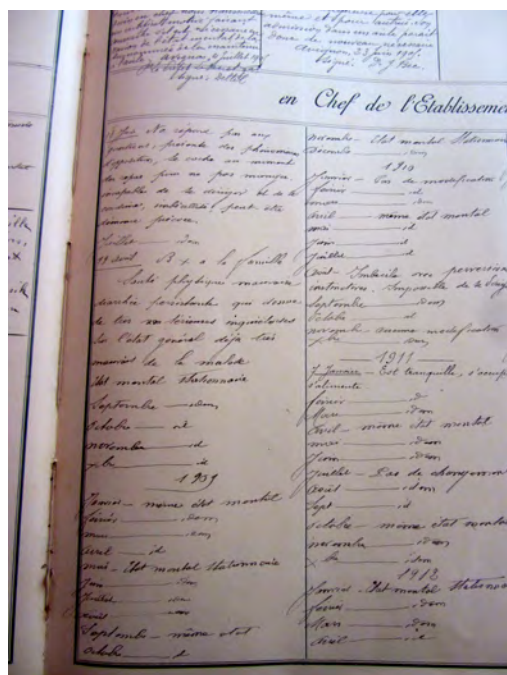
¹⁶⁹ Le Vinatier. Registre Q315. N° matricule 11244, Annette D. 69 ans veuve, sans profession, a déjà été internée 4 fois. Entrée d'office le 31 janvier 1900, sortie « guérie » le 16 février 1901.

Photo 6 – Deux pages de suivis mensuels : A gauche à Montfavet, avec des résumés de bulletin, à droite à Ville- Evrard avec des annotations brèves



Plus le temps passe, et plus les mots sont réduits au minimum, répétés de ligne en ligne. Une page de « démence précoce » ou de « délire de persécution », c'est une ou plusieurs pages, sur lesquelles, mois par mois, chaque ligne indique le mois et ensuite « sans changement », « idem » ou « id ». On peut repérer les cas de démence précoce au seul graphisme de la page.

Photo 7 – Exemple d’une page de « démente précoce » : « Pas de changement, idem, id. », pendant des années...



Les certificats de sortie et de transfert

Ils sont brefs et pourtant avec quelques mots viennent préciser au moins quatre points :

- L'état médical dans lequel sort la personne, « *dans le même état* », « *améliorée* », « *guérie* », ou « *non guérie* », avec parfois un rappel de la maladie qui a motivé l'internement.
- Les interventions qui ont pu déclencher la sortie : « *réclamée par ses parents, son mari, sa soeur...* », ou bien au contraire « *ses parents ne répondent pas aux lettres qu'on leur écrit* ».
- L'accompagnement à la sortie : « *remise à* » son père, sa mère, sa sœur, son mari...
- Et parfois le médecin exprime son désaccord sur cette sortie décidée par un tiers (placement volontaire) : « *non guérie, reprise par son mari malgré notre avis* ».

Ils associent donc chaque fois l'avis médical et le contexte social qui président à la décision de sortie.

Les causes de décès sont indiquées succinctement dans une « case » du registre des Lois.

Compte tenu de notre objectif qui est de suivre une personne tout au long de son séjour, de repérer les décisions prises à son sujet et de comprendre ce « quelque chose qui se

« passe » et qui pourrait rendre compte du moindre taux de sortie des femmes internées, j'ai fait le choix de privilégier les écrits qui scandent la carrière de l'internée, depuis la confirmation de son internement jusqu'à la décision de sortie ou non, en passant par toutes les décisions prises à son sujet lors de son parcours. Ce qui revenait à faire :

- Le relevé de tous les diagnostics extérieurs, avec une sélection des termes utilisés.
- Le relevé systématique et complet des diagnostics internes à l'asile (admission et quinzaine) en en recopiant l'intégralité des phrases, quand il y en a, et tous les mots des diagnostics. Ces précisions permettent de repérer les dénominations et termes caractéristiques de cette époque, mais aussi les nuances dans la description des symptômes : « délire systématique de persécution », « délire de persécution », « idées de persécution », ou « idées vagues de persécution »...
- Le relevé des suivis mensuels s'est fait par sélection : notations sur l'état identique, s'améliorant, ou s'aggravant, remarques sur une sortie possible, ou au contraire non recommandée... changements du diagnostic de quinzaine, déclaration d'état incurable...
- Le relevé intégral des certificats de sortie et de transfert, et des causes de décès.

On trouvera page suivante deux exemples de relevés menés sur Excel pour chaque personne. Quand les certificats extérieurs et les suivis étaient particulièrement intéressants, ces relevés étaient complétés par des relevés sur Word et des photos.

Figure 17 - Deux exemples de relevés : corpus disponible pour chacune des entrées

Asile de Maison-Blanche. Registre N17.	Asile de Montfavet. Registre 78.
Matricule 140409	Matricule 3058
Médecin de l'asile, Docteur Levoff	Médecin de l'asile, Docteur Rodier
Nom. F.	Nom. B. Rose
Célibataire, 32 ans, profession : journalière	Mariée, 55 ans, sans profession
Entrée le 10 juin 1909	Entrée le 9 août 1905
Placement d'office	Placement d'office, amenée par son mari
Sortie le 30 décembre 1909	Sortie le 24 octobre 1906
Durée de séjour, 203 jours, (6 mois et demi)	Durée de séjour, 441 jours, (1 an et 2 mois)
Sortie améliorée	Sortie améliorée
Remise à son frère	Remise à son fils
Certificat extérieur (relevé partiel) <i>Délire mélancolique avec illusions et interprétations délirantes, idées de culpabilité, craintes de tortures, tentative de suicide (défenestration).</i>	Certificat extérieur (relevé partiel) <i>Aliénation mentale à forme maniaque, tendances agressives vis-à-vis de son entourage et de ses voisins. Depuis de nombreuses années sujette à des accès de folie qui reviennent fréquemment avec une vive agitation.</i>
Diagnostic immédiat (intégral) <i>Mélancolie, demi mutisme, idées obsédantes de suicide, paraît avoir des hallucinations impératives, raptus anxieux.</i>	Diagnostic immédiat (intégral) <i>Excitation maniaque, désordre des idées. 2d accès état physique médiocre</i>
Diagnostic de quinzaine (intégral) <i>Dépression mélancolique avec hallucinations de l'ouïe.</i>	Diagnostic de quinzaine (intégral) <i>Atteinte d'excitation maniaque, parle chante se déshabille, ne dort pas, s'alimente bien. Incohérente et inconsciente.</i>
Suivi mensuel (relevé partiel) <i>Dépression mélancolique avec raptus, idem, idem.</i>	Suivi mensuel (relevé partiel) <i>B. 23 août, (...) troublée et incohérente, elle ne se rend pas compte de son état et ne se languit pas". Agitée, se montre violente et frappe les autres malades... 1906. Même état d'excitation, 20 février. On ne peut la faire sortir en ce moment, même en congé... 25 avril, Est absolument hors d'état de sortir"... 23 juin, Est un peu plus calme, nous craignons que vous ne puissiez la garder chez vous... 23 juillet, congé accordé</i>
Certificat de sortie (intégral) <i>Améliorée et peut être rendue à son frère qui la réclame et s'engage à lui donner tous les soins que pourrait nécessiter son état.</i>	Certificat de sortie (intégral) <i>Actuellement plus calme et moins délirante. Son Mari espérant que la vie de famille pourra lui être favorable demande instamment à la prendre en congé d'essai. Congé accordé pour 3 mois ; sortie conduite par son fils.</i>

Cet exemple permet de visualiser ce qu'est une succession de certificats dans un registre des Lois, avec la diminution du nombre de mots au fur et à mesure des diagnostics et du séjour. La mise en page du registre des lois a prévu des cases dont la taille pour chacun des certificats est conforme à cette décroissance du nombre de mots. Elle devient ensuite un cadre auquel chacun se conforme. Le nombre de mots utilisé se cale dans l'espace alloué. C'est ce que note Emma Spooner sur la façon dont la forme et le contenu sont structurés par le cadre de ces supports : « Les gens qui écrivaient étaient restreints à des espaces prescrits »¹⁷⁰, et s'y conformaient.

4. Les dossiers individuels

Contrairement aux Registres des Lois, les méthodes de gestion d'un dossier individuel par les médecins, ainsi que les règles de classement et de conservation, varient selon les asiles et les services d'archives. Leur consultation s'est donc adaptée à chaque asile et chaque site d'archives. En principe, il existe un dossier administratif et un dossier médical pour chaque individu. Dans trois des quatre asiles de l'enquête ces deux dossiers sont regroupés et ont fait parfois l'objet de tris et de suppressions pour réduire leur volume. A Montfavet, par contre, ces deux dossiers existent encore séparément. Ces dossiers sont conservés dans des boîtes avec des méthodes différentes, soit par ordre alphabétique en mêlant les années de sortie, soit par année de sortie et ensuite par ordre alphabétique...

La recherche des dossiers s'est faite au départ sur la base de mes repérages à partir des Registres des Lois, sur des problématiques de durée de séjour, (dossiers de courts ou de longs séjours), de modes de sortie, et sur la base d'annotations particulières à l'occasion des relevés qui « donnent envie d'aller voir plus loin ». Mais, sauf à Montfavet, on ne trouve pas forcément les dossiers que l'on cherche. Lorsque les règles de consultation le permettaient, je pouvais alors consulter une boîte de dossiers, (entre 30 et 50 dossiers par boîte), de la même année de sortie. La « matérialité de l'archive », le dossier épais, plein de papiers, attire et ravit le chercheur. Le hasard prend alors le dessus dans ces consultations. Ces dossiers restent bien dans le même cadre temporel de l'échantillon (entrée entre 1900 et 1914 à l'asile), ils s'ajoutent à cette base, non pas dans les effectifs numériques, mais dans l'analyse de cas complémentaires, en particulier dans les cas de rechutes aux dossiers multiples. J'ai dû

¹⁷⁰ SPOONER C. Emma. « The mind is thoroughly Unhinged » Reading in the Auckland Asylum Archive, New Zealand, 1900-1910. *Health & History* .2005. 7/2. P.56-79. Page 58.

manipuler et consulter quatre cents dossiers, pour en étudier réellement environ deux cents dont j'ai pu faire des photocopies.

Photo 8 – Boîte de dossiers à consulter. (Maison-Blanche)



L'ouverture d'un dossier est ensuite chaque fois une surprise. Cela va du dossier complètement vide, dont il ne reste que la chemise cartonnée, à des dossiers contenant quelques pièces, qui sont en deçà des informations fournies par les Registres des Lois. Lorsqu'il y a eu plusieurs internements, les dossiers successifs ont été rassemblés en un seul dossier, ce qui en fait le document privilégié pour observer les rechutes et les allées et venues entre l'asile et l'extérieur.

On y trouve en général une fiche administrative d'admission, les principaux certificats médicaux et parfois des notes d'observations médicales, des pièces administratives, les courriers échangés avec les préfets, les courriers de la malade ou des familles adressés aux médecins ou aux directeurs de l'asile et les réponses des médecins à ces courriers.

La correspondance privée des malades, reçue ou envoyée par eux à leurs amis et parents, n'est pas conservée dans ces dossiers, sauf exception (censure ou autre raison exceptionnelle), puisqu'elle appartient aux destinataires de ces courriers.

A cette époque il n'y avait aucune obligation d'écrire la prescription des traitements. On n'y trouve donc pas cette information.

Les dossiers individuels ne donnent pas systématiquement d'informations sur la présence d'enfants, ni sur ce qu'ils deviennent pendant le temps de l'internement, sauf parfois dans des marges incongrues ou par le courrier d'une nourrice, qui, n'étant plus payée, va placer « la petite » à l'assistance.

Aucun écrit non plus, ou si peu, sur la sexualité ou sur des événements traumatiques la concernant. Il faut les deviner, les supposer lorsqu'est évoquée l'inquiétude d'une grossesse relayée par les courriers des parents de quelques jeunes filles, ou bien le constat d'une absence de règles pendant plusieurs mois, ou encore la description d'états typiques, connus maintenant sous le qualificatif de « post-traumatiques », des suites de harcèlement sexuel ou de lendemains de viols, comme dans les exemples suivants :

« Ses parents ont constaté une tristesse marquée depuis le mois de juillet, elle était allée passer il y a un an, quelque temps chez ses nourriciers et elle l'a avoué depuis, 2 hommes se seraient livrés à des attouchements. Depuis lors les parents constatèrent une certaine tristesse, qui est devenue très accusée depuis juillet dernier. Il est allé en s'accroissant. Elle s'accuse... j'ai déshonoré mes parents je suis une malheureuse, je ne peux pas m'ôter cette idée de la tête, je mourrai... Elle a des insomnies on n'a pas remarqué qu'elle se masturbait (...) Elle parle donc son séjour en Haute-Savoie où elle a eu à souffrir des poursuites de deux jeunes hommes qui, dit-elle, voulaient la battre. Elle ne précise rien qui fasse penser à une tentative de viol.»¹⁷¹

« Elle était en condition à la campagne, il y a environ 6 mois, et il y a quelques jours son patron s'est levé tout nu et elle a eu peur, elle était alors couchée avec sa patronne, il tenait un couteau à la main et voulait la tuer. Depuis la malade a peur et présente quelques signes d'arriération mentale, perte de l'appétit, crie beaucoup dort très peu. »¹⁷²

« Présente un état hypocondriaque avec idées de culpabilité, idées de suicide, d'humilité et hallucinations de la vue et de l'ouïe, 'parce qu'elle a trompé son mari' dit-elle 'avec un de ses cousins' se croit indigne de vivre, ne pense qu'à la mort, entend les gens la mépriser, l'injurier et voudrait que celui qui l'a déshonorée dit-elle, la tue, sinon elle se fera justice elle-même ».¹⁷³

Ces allusions, confidences, récits, « traces balbutiantes, souvent mutilées et disparates » comme les nomme Sylvie Steinberg¹⁷⁴, on les repère quand elles nous sont suggérées, il faut aller les chercher et on les trouve parfois. Les quelques chagrins d'amour

¹⁷¹ Le Vinatier. Q316. N°11348, et dossier. Louise T. 17 ans, couturière.

¹⁷² Le Vinatier. DM11242. Fleurie R. 16 ans, cultivatrice, célibataire

¹⁷³ Montfavet. R78. N° 3036. Eugénie B. Mariée 37 ans. Entrée le 26 juillet 1905, sortie « améliorée » le 15 mars 1906.

¹⁷⁴ STEINBERG Sylvie. « Quand le silence se fait : bribes de paroles de femmes sur la sexualité au XVII^e siècle ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. 31/2010 : *Erotiques*. p. 79-110.

semblaient porter sur des espoirs et promesses de mariage non tenus, mais le mystère est resté entier sur ce qui s'est ou non passé, entre temps.

Peu d'informations précises non plus, sur le travail que font régulièrement certains malades. Ces derniers renseignements gérés par des surveillantes et par l'économe devaient probablement être consignés dans d'autres registres que je n'ai pas trouvés. Par contre on dispose parfois des noms et adresses des personnes désignées à qui envoyer le courrier et parfois des personnes autorisées à visiter la malade, et là aussi nombre de documents qui peuvent parfois créer la surprise.

On y trouve les divers « imprimés » utilisés par les asiles soit pour correspondre avec les familles, soit pour leur faire signer les documents qu'elles devaient remettre à l'asile. Ces « papiers » donnent à voir les pratiques et langages institués, en particulier dans la relation avec les familles, pour informer sur les transferts par exemple ou pour contrôler les modes de sortie, pour faire « signer » les engagements et demandes diverses... Il est surprenant de voir à quel point l'outil bureaucratique était ainsi développé.

« Nous savons maintenant que le silence parle, fût-ce pour nous imposer conscience du détruit et donc pour nous contraindre à diversifier les approches, afin d'atteindre le vécu d'un temps. »¹⁷⁵ Une histoire faite de pleins, mais aussi d'absences et de silences. Ces manques ne veulent pas dire que ces éléments n'aient pas été pris en compte dans le cadre des échanges et entretiens, mais ils n'ont pas été considérés comme information utile à consigner. Ce type de manque nous rappelle que ce qui est écrit n'est qu'un très maigre vestige d'activités et d'échanges qui ne s'écrivent pas.

Cette situation n'est pas nouvelle et n'a pas pour autant découragé les historiens, au contraire. « On ne ressuscite pas les vies échouées en archive. Ce n'est pas une raison pour les faire mourir une seconde fois. L'espace est étroit pour élaborer un récit qui ne les annule ni ne les dissout. »¹⁷⁶ Il s'agit de partir de cette « matérialité de l'archive », de reconnaître que la langue des archives et « le discours » sont historiques, « non pas seulement à cause du vocabulaire daté, mais à cause des agencements qu'il produit pour représenter le monde. »¹⁷⁷

Reste à trouver la bonne distance sur ces fragments et séquences à la fois lacunaires et fascinants, à se garder d'interprétations anachroniques ou fantasmatisques. « Pour cela il faut

¹⁷⁵ ROBIN Régine. *Histoire et linguistique*. Armand Colin 1973.307 p. page 68.

¹⁷⁶ FARGE Arlette, *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil 1989. p.145.

¹⁷⁷ ROBIN Régine. *Ibid.*

se tenir loin de l'archive-reflet où l'on ne puise que des informations et de l'archive-preuve qui achève des démonstrations, avec l'air d'en finir une fois pour toutes avec le matériel. »¹⁷⁸

5. Une base de données quantitatives et qualitatives associées

A toutes les données quantitatives destinées au traitement statistique sont associées, par le biais des personnes concernées, les données qualitatives fournies par le corpus des énoncés. La consultation de dossiers individuels supplémentaires a permis d'enrichir la base de données qualitatives, sur les problématiques soulevées dans cette enquête.

L'intérêt de cette collecte systématique des écrits est de pouvoir ensuite travailler sur les différences et similitudes observées, les répétitions repérables d'un asile à l'autre, pour analyser les types de carrières par âge, mode de sortie, durée de séjour, profession, maladies, type de placement... Ce qui permet de resituer les cas individuels dans un ensemble statistique où chaque histoire prend sens avec son caractère particulier.

Avec les différents certificats on est face à un discours médical particulier où les symptômes expriment en première instance les conceptions médicales de l'époque, mais ce discours a pour fonction essentielle de justifier médicalement les décisions d'internement, le maintien ou la sortie de l'asile. Les registres étaient contrôlés régulièrement par un inspecteur des asiles, et destinés à être conservés et archivés. Dans ce type de situation, il est bien connu que l'opérateur a tendance à se conformer aux résultats attendus en normalisant son langage et en censurant de lui-même tout ce qui pourrait le mettre en difficulté, ainsi que les personnes dont il parle. Les courriers échangés entre les familles, parfois les malades elles-mêmes (une soixantaine de lettres de malades) et les médecins, les directeurs d'asile et les autorités administratives, sont autant de traces des échanges, interventions, pressions, négociations qui se produisaient en cours d'internement entre ces différents acteurs.

Ces écrits de la pratique asilaire qui nous sont accessibles ne sont que la partie « émergée » de ce qui façonnait les carrières morales des internées, la face la plus institutionnelle, et c'est ce qui en fait tout l'intérêt : par leur nombre, leur diversité et leur systématisme, ces relevés peuvent être considérés comme significatifs de la pratique asilaire et du langage de catégorisation des malades.

¹⁷⁸ FARGE Arlette, *op.cit.* p.146.

Il en va de même pour les interactions entre les asiles et les familles, qui jalonnent les parcours de cet échantillon de femmes internées dans ces quatre asiles au début du XX^e siècle : les courriers échangés par les familles, et parfois les malades elles-mêmes (une soixantaine de lettres), et les médecins, les directeurs d'asile et les autorités administratives, sont autant de traces des échanges, interventions, pressions, négociations qui se produisaient en cours d'internement entre ces différents acteurs.

C. Décrire, nommer et classer les formes de maladie mentale

La méthodologie et l'instrumentation de notre enquête étant mises en place, il nous faut à présent compléter le relevé des catégories opératoires majeures de l'internement asilaire en nous intéressant ici, après le relevé des catégories légales (types de placement) et administratives (gestion des flux), aux *catégories médicales* qui décident de l'internement et de ses suites.

C'est une partie de l'activité quotidienne des médecins de l'asile, celle que nous allons trouver dans l'analyse des certificats. Les catégories médicales qu'ils utilisent sont l'objet, depuis le début du XIX^e siècle de mises au point, remaniements, publications dans les milieux de la recherche médicale, au niveau national et international, dans les congrès de médecine qui avaient lieu régulièrement à cette époque. Par ailleurs, l'administration demandait à chacun des asiles de produire, chaque année, des tableaux récapitulatifs de la population internée par « forme de maladie ». Leur synthèse au niveau national était publiée au même titre que le suivi de leurs effectifs. On peut ainsi dire que le langage médical pratiqué et utilisé dans les asiles est doublement encadré par l'académie et l'administration.

Médecine d'asile

Les modèles théoriques de la psychiatrie s'expriment en permanence dans des classifications qui évoluent sans cesse¹⁷⁹, et c'est toujours le cas actuellement. Les noms des maladies apparaissent et disparaissent et la façon de les penser, de les structurer, amène des modifications importantes dans les présentations qui en sont faites. « Ils font partie d'un monde immense de pratiques, d'institutions, d'autorités, de connotations », ainsi que le souligne Ian Hacking. Lequel précise que l'on « n'échappe pas aux classifications en

¹⁷⁹ GOLDSTEIN Jan, *Consoler et classifier*. L'essor de la psychiatrie française. Institut Synthelabo. Le Plessis Robinson. 1997. p. 239-242.

proclamant qu'elles sont des productions historiques, sociales et mentales. Nous vivons dans un monde classifié que l'on pourrait déconstruire pour s'amuser, mais nous aurons besoin de ces structures pour penser. »¹⁸⁰

Lucien Bonnafé, psychiatre qui s'est rendu célèbre par ses positions critiques et la mise en place de la psychiatrie de secteur hors les murs de l'asile, raconte, dans un entretien¹⁸¹, la recherche qu'il a menée sur les très longs séjours à l'asile de Ville-Evrard: « Lorsque j'étais interne, j'ai recopié de ma main tous les certificats... J'ai découvert que les certificats dépeignaient bien mieux les certificateurs que les certifiés (...) Notamment celui qui disait toujours « fond mental pauvre », c'était le plus con de tous » ! (...) La connaissance que nous avons de la folie est fausse. Ce que nous voyons, c'est ce qu'il advient selon la manière dont on la traite. »

Effectivement, et J. Dowbiggin le souligne, « le savoir psychiatrique a un caractère fluide qui – combiné au fait qu'il n'est jamais totalement libre de considération sociale – donne une sorte de garantie virtuelle telle qu'il sera toujours un mélange fluctuant d'attitudes culturelles, de valeurs sociales, de croyances politiques et d'impératifs professionnels ». Pour lui, « la tâche de l'historien est de démêler ce processus complexe de théories toujours en formation dans la médecine psychologique, et de chercher les chemins qui relient société, état, profession et savoir ».¹⁸²

Quelques repères d'une nosographie en évolution constante au XIX^e siècle

Les manuels de psychiatrie et les congrès de médecine reflètent ces évolutions dans la façon de nommer et classer les diverses formes de folie. En 1906, le docteur Emmanuel Régis justifie la nouvelle édition de son dernier traité de Médecine mentale par le fait que « depuis 1893, il s'est produit en psychiatrie, dans tous les pays, un tel effort scientifique, un tel mouvement d'idées et d'opinions, que cette spécialité médicale s'est trouvée modifiée pour ainsi dire de fond en comble (...) Il m'a donc fallu écrire du commencement à la fin un livre

¹⁸⁰ HACKING Ian. *Leçon inaugurale faite le 11 janvier 2001. Philosophie et histoire des concepts scientifiques*. Collège de France. 157p.

¹⁸¹ Lucien BONNAFÉ (1912-2013) « L'esprit du secteur » Entretien avec Lucien Bonnafé. www.serpsy.org/histoire/bonnafe1.html. P.1 à 7. Entretien réalisé par Catherine Talbot-Lengellé. *Santé Mentale*, numéro 51, octobre 2000.

¹⁸² DOWBIGGIN Ian, 1993. *La folie héréditaire ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX^e siècle*. Préface de Georges Lantéri Laura. Editions EPEL. p.221.

entièrement nouveau ».¹⁸³ « Tout est nouveau dans ce livre » dit-il. La dernière édition fait alors plus de six-cent pages.

On a vu au XIX^e siècle, apparaître et disparaître des dénominations, conceptualisations et catégorisations de maladies mentales, et non des moindres. Il en est ainsi de la théorie de la dégénérescence héréditaire¹⁸⁴ développée par B. Morel et soutenue jusqu'au bout par V. Magnan, à l'asile de Sainte-Anne, battue en brèche par un groupe de plus en plus important d'aliénistes critiques qui, pour certains, ne l'utilisaient quasiment plus.¹⁸⁵ L'hystérie qui s'était imposée et avait tant fasciné les auditoires à l'époque des leçons de Charcot à la Salpêtrière¹⁸⁶, va sortir de la nosographie deux ans après sa mort au Congrès de neurologie en 1895. Elle continue son chemin avec les psychologues, puis les psychanalystes. La « folie circulaire » décrite par J.P. Falret en 1854¹⁸⁷ et caractérisée par l'oscillation régulière entre « état maniaque » et « état mélancolique », va s'appeler ensuite « folie à double forme¹⁸⁸ », puis « folie à rechutes », « folie intermittente », « folie périodique », et enfin « psychose maniaco-dépressive »¹⁸⁹. Le terme de « *psychose* » devient d'ailleurs à cette époque, comme en atteste le traité du Dr Régis de 1906, le terme générique pour désigner toutes les « *psychopathies* » lesquelles font l'objet d'une nouvelle classification. Il remplace le terme de « folie » dans la plupart des dénominations. On parle alors de « psychose maniaque », « psychose puerpérale », « psychose de la puberté », etc.

Le terme de « démence précoce » est le nom choisi par E. Kraepelin¹⁹⁰, psychiatre à Munich, pour désigner les démences qui débutent avant l'âge adulte. En 1906, Paul Sérieux¹⁹¹ la définit comme « une psychose caractérisée par un affaiblissement psychique spécial, à marche progressive, survenant en général dans l'adolescence (entre 15 et 30 ans) et se terminant le plus souvent par l'anéantissement de toute manifestation de l'activité mentale, sans jamais compromettre la vie du malade. »¹⁹² En 1911, E. Bleuler¹⁹³ et à sa suite la plupart des auteurs adoptent le terme de « schizophrénie » pour nommer ces formes de démence.

¹⁸³ Dr REGIS Emmanuel. *Précis de psychiatrie*. Troisième édition entièrement revue. Paris Octave DOIN Editeur, 1906. Nouvelle Bibliothèque de l'Etudiant en Médecine, publié sous la direction de L. Testut.

¹⁸⁴ Benedict MOREL. (1809-1873). *Traité des dégénérescences*. 1857.

¹⁸⁵ COFFIN Jean Christophe, *La transmission de la folie 1850-1914*. Paris, L'Harmattan. 2003. 286 p.

¹⁸⁶ EDELMAN Nicole. *Les métamorphoses de l'hystérie, début XIX^e à Grande Guerre*, Paris, La Découverte, 2003. 346 p.

¹⁸⁷ J.P. FALRET (1794-1870).

¹⁸⁸ Antoine RITTI (1844-1920).

¹⁸⁹ KRAEPELIN Emile. *La folie maniaque-dépressive*. 1913. Texte présenté par Jacques Postel et David Fellen. Ed. Jérôme Million. 2013. 155 p.

¹⁹⁰ Emil KRAEPELIN (1856-1926), psychiatre à Munich,

¹⁹¹ Paul SERIEUX (1864-1947)

¹⁹² REGIS E. Dr. *Manuel pratique de Médecine mentale*. Préface de M. Benjamin BALL. Ouvrage couronné par la faculté de médecine de Paris. Octave DOIN éditeur – Nouvelle Edition 1906. p.321

On retrouve ces mêmes tendances dans les publications des congrès internationaux où sont discutées les nomenclatures sur lesquelles les psychiatres tentent de s'entendre. Ces dernières, ancêtres des classifications de l'OMS ou du DSM¹⁹⁴, ont pour objectif d'homogénéiser les diagnostics, de les rendre les plus objectifs possibles, et de permettre aux psychiatres de tous les pays d'utiliser les mêmes terminologies et de faire des statistiques sur les mêmes bases.

Classification officielle des maladies mentales à la fin du XIX^e siècle

Dans leurs rapports annuels, les médecins se basent, à la fin du XIX^e siècle, sur la nomenclature prescrite par la circulaire préfectorale de 1895 pour présenter leur statistique annuelle sur les formes de maladie. Elle est très proche de la nomenclature internationale du Congrès de Paris.¹⁹⁵

¹⁹³ BLEULER (1857-1939)

¹⁹⁴ DSM. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Manuel Diagnostique et Statistique,) publié et mis à jour régulièrement par l'association américaine de Psychiatrie.

¹⁹⁵ REGIS Emmanuel, *Manuel pratique de Médecine mentale*. Préface de M. Benjamin BALL. Ouvrage couronné par la faculté de médecine de Paris. Deuxième édition entièrement revue et corrigée. Paris Octave DOIN éditeur. 1892. Pp. 125-151.

Formes de maladie mentale
(Circulaire préfectorale de 1895).

- Manie
- Mélancolie
- Folie Périodique
- Folie systématisée
- Démences
- Folie paralytique
- Folie névrosique
- Folie toxique
- Folie morale
- Idiotie

Ces dix items sont des catégories de synthèse mises au point pour comparer d'une année sur l'autre, d'un asile à un autre, les différentes formes de maladie mentale et la façon dont elles occupent les asiles. Ils s'imposent à l'aliéniste et constituent de ce fait un cadre de référence important¹⁹⁶.

Dans la pratique quotidienne, chaque asile, chaque médecin, selon sa formation, son âge, son statut hiérarchique, sa position dans les débats théoriques et cliniques, et la réalité quotidienne de terrain, va, en situation, se constituer un espace de travail et de langage « à sa main ».

On a vu à cet égard que les diagnostics sont d'abord et pour l'essentiel faits de la description d'un ensemble de comportements et de symptômes avant de désigner le nom d'une maladie mentale.

Les catégories d'aliénés vus par l'administration asilaire

Chaque année, le bureau de la statistique nationale demande aux directeurs d'asile de fournir des « Etats » qui servent de base à la construction des statistiques départementales et nationales. On a déjà évoqué longuement le tableau XII sur les mouvements d'entrées et sorties dans les asiles. « L'ETAT n° 10 » est celui qui traite des « aliénés par nature de folie ». Il propose cinq « divisions » avec pour chacune un rappel de sa définition (cf. copie en annexe). La première, la « folie simple », comprend « les différentes variétés de manie, lypémanie et de monomanie, les folies circulaires et à double forme, le délire des persécutions, la folie raisonnée et la démence consécutive à ces diverses formes de vésanie ».

Comme on va le voir, cette classification ne présente aucun intérêt sur le plan de la description sociologique ou clinique des formes de folie, qu'il faudra chercher et que l'on trouvera ailleurs. Elle a rassemblé en une seule rubrique « folie simple et épileptique » toutes

¹⁹⁶ Cf. En annexe un glossaire des principales définitions.

les formes de folie, sauf les quatre qu'elle a distinguées à ses côtés ; ce qui donne une représentation particulière des « aliénés par nature de folie » en France en 1901.

Tableau 10 - Aliénés par nature de folie. France 1901

	Hommes	Femmes
Folie simple et épileptique	23.666	34.125
Folie alcoolique	6.061	1.955
Folie paralytique	3.487	1.645
Démence sénile	3.015	3.925
Idiotie et crétinisme	5.940	5.326
TOTAL	42.169	46.976

Source, Tableau X « Aliénés en traitement », année 1901¹⁹⁷.

Les aliénés en traitement comportent : les « effectifs au 1^{er} janvier » et « les admis » dans l'année.

Cette présentation correspond à l'un des débats qui animait les aliénistes sur la conception de l'asile et des types de population qu'il doit accueillir. Face à l'augmentation continue de leurs effectifs, nombre de médecins souhaitaient redonner aux asiles « leur rôle initial », c'est-à-dire le traitement des aliénés curables et dangereux, ici rassemblés dans la première division (« folie simple et épileptique »), et « n'y admettre qu'avec discrétion les infirmes de l'intelligence dont la vraie place à défaut de la famille est dans les hospices de vieillards et d'incurable ».¹⁹⁸ Le « tableau X » fournit donc des informations chiffrées utiles à l'administration comme aux débats en cours. En séparant les cas de *folie simple et épileptique* (65%) des autres, il alimente l'une des questions politiques et gestionnaires de cette époque, sur la conception du rôle des asiles. On peut la résumer sommairement de la façon suivante : « si » les asiles se concentraient sur les seuls cas de « folie simple et épileptique », alors leurs effectifs s'en trouveraient réduits d'autant (35%). Reste à déterminer quelles institutions spécialisées seraient en charge des quatre autres types de folie, hospices, hôpitaux, sections spécialisées, comme il en existait déjà pour les alcooliques, etc. La conception et la construction de ce tableau X sont bien le reflet de « l'ampleur et de la solidité de

¹⁹⁷ Statistique générale de la France. *Statistique annuelle des institutions d'assistance*. Imprimerie Nationale. 1903 – 1907. Statistique des établissements d'aliénés, vol 1844-1852, vol -1860 Tableau X, page 5.

¹⁹⁸ LUNIER Ludger, « Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882 », *Annales médico-psychologiques*, 1884. N°12 Masson.

l'investissement social dont résultent ces taxinomies et ces codages », comme le souligne A. Desrosières.¹⁹⁹

Curable/incurable, le couperet

Parallèlement, le milieu est traversé par la question, au-delà de la forme de la maladie mentale, de son évolution dans le temps, de la « curabilité » ou non de ces affections, du temps nécessaire pour apprécier la gravité et la durabilité des troubles ou au contraire leur labilité. La question n'est plus tant la forme de la maladie (mélancolie, manie, confusion mentale...) ou le thème du délire, que de savoir si cette forme de maladie est aiguë, transitoire ou, au contraire, chronique et durable. En passant de « l'aigu » au « chronique », les maladies de curables deviennent incurables. Le docteur E. Régis²⁰⁰ souligne que :

« Seules les folies aiguës sont curables. Mais elles peuvent passer à l'état chronique, et donc cessent d'être curables (...) Ordinairement c'est du deuxième au douzième mois que la guérison se manifeste, si elle doit survenir ». Il précise ensuite : « Quant aux formes chroniques et incurables de l'aliénation mentale, elles ont d'habitude une durée très longue. Certaines manies et surtout les folies partielles sont, pour ainsi dire, interminables. Il n'est pas rare de rencontrer dans les asiles d'aliénés de vieux vésaniques²⁰¹, toujours délirants, vivant là depuis 30, 40 ans et même plus. »

Ces observations du Dr E. Régis soulignent une des spécificités du diagnostic en psychiatrie, qui est d'observer l'évolution des premières manifestations avant de désigner une forme de maladie. Ainsi, l'état d'excitation, qui a motivé un internement peut évoluer, par exemple, vers un état mélancolique. Comme le souligne G. Lanteri Laura, « le temps chronique devient indispensable à la caractérisation de la maladie ». ²⁰²

Le docteur Auguste Marie (1865-1934), médecin-chef de la maison familiale de Dun-sur-Auron, avait abordé cette question des démentes dites « incurables » au congrès des médecins aliénistes et neurologues en 1895. Il y avait soutenu que cet état était en partie le produit des conditions asilaires et de l'internement prolongé :

¹⁹⁹ DESROSIERES Alain. *Pour une sociologie historique de la quantification*. Paris Mines, 2008. Chapitre 6 : « Du singulier au général, l'argument statistique entre la science et l'état ».

²⁰⁰ REGIS E. Dr. *Manuel pratique de Médecine mentale*. Préface de M. Benjamin BALL Ouvrage couronné par la faculté de médecine de Paris. Edition 1892 Paris Octave DOIN éditeur. P.52-53.

²⁰¹ Le terme de « vésanique » fait partie du vocabulaire des débuts de la médecine mentale. Il a été développé par Ph. PINEL. Pour lui il y avait dans la vésanie des causes physiques, mais surtout morales, et ce terme rassemble différentes formes de folie « mélancolie et délire sans objet, fureur maniaque sans délire, délire maniaque, idiotie ». Ce terme va être ensuite abandonné. Dans l'expression citée d'E. Régis, il semble qu'il désigne ici des « vieux fous » sans que l'on ne sache plus de quelle folie ils sont atteints.

²⁰² LANTERI LAURA. Georges, 1997. *La chronicité en psychiatrie*. Les empêcheurs de tourner en rond. pp. 23.

« Bon nombre de malades, signalées depuis plusieurs années comme démentes incurables, après un internement prolongé, sont revenues, une fois rendues à un milieu familial, au bout de quelques semaines, à un état mental visiblement meilleur, s'intéressant peu à peu à l'extérieur, sortant du mutisme et de l'inertie pour s'occuper à l'incitation de leur entourage ; elles arrivent à prendre part aux conversations et à acquérir à nouveau quelques notions élémentaires, leur permettant de s'adapter à une existence sociale normale (...) Sans que le fond démentiel en soit beaucoup modifié, ces malades, en famille prennent des allures plus normales et contrastent par ce nouvel aspect avec leur attitude antérieure, inerte, atone, en quelque sorte végétative, que le médecin d'Asile connaît bien. »²⁰³

Aude Fauvel rapporte qu'en 1908, la princesse Lubomirska qui travaillait à un livre sur la folie et ses préjugés, avait demandé au Dr Marie d'indiquer la façon dont il voyait les différents types de folie et leur curabilité. Elle en a ensuite dressé le tableau d'après ses propos. Ce tableau est cité dans la thèse d'Aude Fauvel.²⁰⁴

Figure 18 - Maladies dites curables et incurables d'après le Dr A. Marie

Maladies incurables	Maladies curables	Maladies intermittentes
Idiotie, Imbécillité, Crétinisme Manie chronique Mélancolie chronique Confusion mentale chronique Démence précoce Délire chronique, délire raisonnant Délire d'inférence Démence organique Paralysie générale Mélancolie présénile Démence sénile	Manie aiguë Mélancolie aiguë Confusion mentale aiguë Délires transitoires des débiles et des dégénérés Psychoses exotoxiques (alcoolisme, saturnisme, morphinisme, etc.) Psychoses aiguës autotoxiques Psychoses infectieuses Délires transitoires au cours des névroses	Manie cyclique Mélancolie cyclique Folie à double forme ou Folie maniaque dépressive.

Ce poids de la chronicité dans l'image sociale de la pathologie mentale est une notion qui, pour Georges Lanteri Laura, est tenace et « propre à notre civilisation ». En effet, la chronicité n'est pas repérée dans la maladie elle-même, mais dans les indices extérieurs : « impossibilité de la réinsertion, qui dépend autant du contexte social que de la maladie elle-même. (...) C'est dans la mesure où l'on reçoit d'avance la chronicité comme une certitude

²⁰³ FAUVEL Aude Thèse. *Op.cit.* Le tableau a été reproduit par Aude Fauvel. p. 466-467.

²⁰⁴ FAUVEL Aude. p.469.

qu'on se satisfait de la longueur des hospitalisations comme d'une bonne vérification d'un postulat qui au bout du compte n'en n'avait, croit-on, guère besoin. »

Ce dernier aspect et non des moindres de l'activité médicale asilaire vient ici clore la mise en place des divers aspects de l'activité symbolique qui formataient la figure de l'aliéné et qui ont alimenté une grande partie des débats du XIX^e siècle sur la gestion des asiles. De la dichotomie entre placements d'office et placements volontaires à celle entre malades curables et incurables, en passant par les catégories gestionnaires du type malades admis dans l'année et malades en traitement, nous avons repéré ce qui s'avère être les *catégories opératoires majeures* de l'internement asilaire à l'époque qui nous occupe. Leur retentissement sur les pratiques des uns et des autres et, de ce fait, sur le destin des interné(e)s, est tout à fait considérable.

D. Composition sociale de l'échantillon

Nous allons aborder maintenant les premiers résultats issus du traitement statistique de cet échantillon. Ils concernent d'abord les caractéristiques de notre échantillon du point de vue des classes d'âge, de l'état civil et de l'activité professionnelle, des types de placement et des formes de maladie ; ensuite les sorties, sous leurs différents modes, et les non-sorties.

Ils ont été réalisés avec les logiciels Excel et Modalisa. Les tests construits par Modalisa²⁰⁵ utilisent les calculs habituels de base de la statistique descriptive. Sa particularité est d'utiliser le PEM, « Pourcentage à l'Ecart Maximum », développé par Michel Cibois.²⁰⁶ Ce test d'indépendance est utilisé dans les tris croisés pour mesurer la force de liaison entre deux modalités. Très proche du χ^2 , il en diffère légèrement en ne tenant pas compte de la taille des groupes considérés. Dans Modalisa, la présentation graphique du PEM au lieu d'utiliser les étoiles, utilise les couleurs. S'il y a « attraction » et donc relation entre les deux variables, elle est symbolisée par la coloration de la case, verte dans les tableaux qui suivent.²⁰⁷

²⁰⁵ Ce logiciel est particulièrement utilisé dans les enquêtes sociologiques et a été adopté par quelques universités, et mis à la disposition de leurs étudiants, en particulier pour les masters en sciences sociales.

²⁰⁶ CIBOIS Michel. « Le PEM, pourcentage de l'écart maximum : un indice de liaison entre modalités d'un tableau de contingences », *Bulletin de méthodologie sociologique*, 1993, n°40, pp. 43-63

²⁰⁷ Cette relation peut être décrite avec trois degrés (de 0% à 30% - légèrement supérieur, de 31% à 60% remarquable, supérieure à 60%, très importante). Dans les tableaux suivants l'attraction entre les deux variables sera colorée en vert.

1. Les âges à l'entrée

La moyenne de l'âge à l'entrée est de 43 ans. Ce sont les classes d'âge de 30 à 50 ans qui sont les plus touchées. Elles représentent 50% des entrées. Ce résultat est conforme avec tous les rapports des asiles qui notent ces mêmes caractéristiques concernant l'âge à l'entrée en asile.

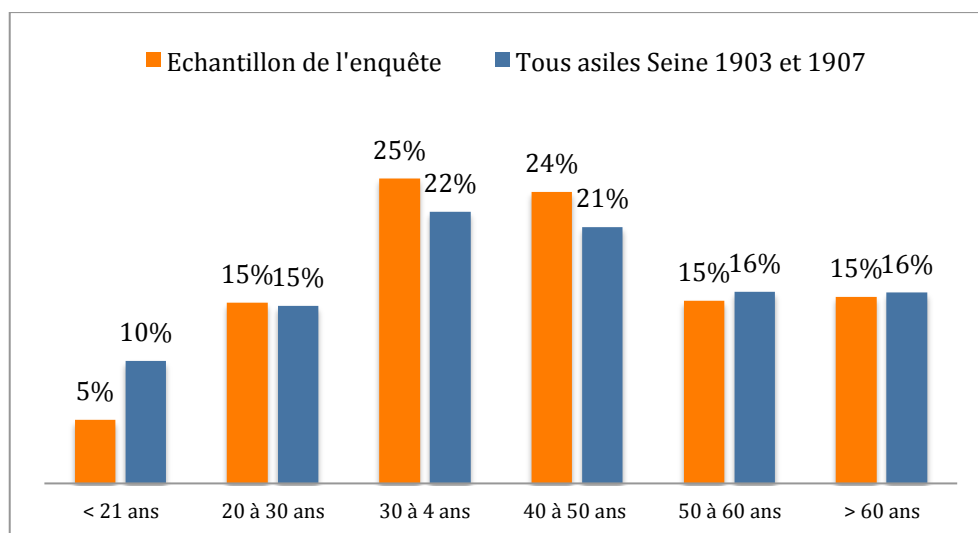
Tableau 11 - Répartition en classes d'âge de la population de l'échantillon

Classes d'âge	Nombre	Fréquence	IC (95%)
< 21 ans	62	5%	(3,9% - 6,5%)
De 20 à 29 ans	176	15%	(12,8% - 16,8%)
De 30 à 39 ans	297	25%	(22,5% - 27,5%)
De 40 à 49 ans	284	24%	(21,5% - 26,5%)
De 50 à 59 ans	178	15%	(13,0% - 17%)
> 60 ans	182	15%	(13,3% - 17,3%)
TOTAL	1.179	100%	
Non réponse	10		

Dans l'analyse comparée des hommes et des femmes à l'entrée en asile, nous avons remarqué, que les femmes des asiles de la Seine étaient en plus grande proportion dans les classes d'âge plus élevées.²⁰⁸ Nous avons fait figurer dans le graphique suivant les répartitions en âge de ces deux populations, celle de l'enquête et celle des asiles de la Seine, et l'on notera que les mêmes grandes tendances sont à l'œuvre dans ces deux groupes, sauf pour les plus jeunes.

²⁰⁸ Chapitre 1, tableau 6, page 62.

Figure 19 - Ages d'entrée à l'asile de la population féminine. Echantillon de l'enquête et totalité des asiles de la Seine en 1903 et 1907



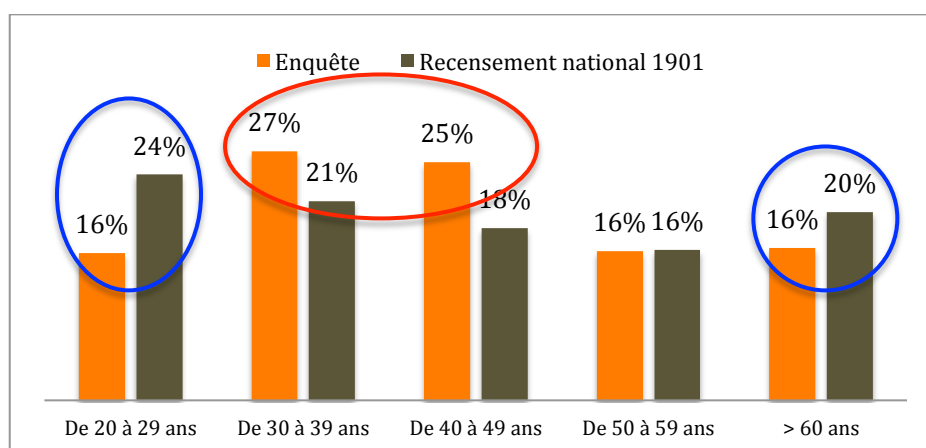
Effectifs de calcul : Echantillon : 1189, tous asiles Seine en 1903 et 1907 : 1179

Comparaison avec le recensement national de 1901

Si l'on compare la répartition de notre échantillon à celle des classes d'âge de la population française recensée en 1901, on remarque que :

- les plus jeunes femmes internées, âgées de 20 à 29 ans sont sous-représentées par rapport à la population du même âge dans la population française.
- entre 30 et 49 ans, la proportion des femmes entrant à l'asile est en excès par rapport à la population nationale du même âge ;
- à partir de 50 ans, l'écart se réduit au point de s'annuler, et plus étonnant encore, les femmes âgées de plus de 60 ans sont sous-représentées à leur admission à l'asile par rapport à la population nationale du même âge.

Figure 20 - Ages d'entrée à l'asile. Echantillon de l'enquête et recensement national



Source. D'après le recensement national 1901, Tableau 1, p.355²⁰⁹
 Les effectifs de calcul sont de 1.117 pour l'échantillon d'enquête (on a retiré les moins de 20 ans) et de 12.535.344, pour la population recensée, sur les classes d'âge supérieures à 20 ans.

L'excès de recrutement dans les tranches d'âge allant de 30 et 50 ans était déjà remarqué dans l'analyse des admissions des asiles de la Seine²¹⁰. C'est une caractéristique que l'on rencontre dans toutes les études sur les asiles, à laquelle notre échantillon s'avère effectivement sensible. Il est ainsi de nouveau confirmé qu'à l'admission, le recrutement ne se fait donc pas de façon excessive, ni dans les classes d'âge les plus jeunes, ni dans les classes d'âge les plus âgées.²¹¹

2. Etat civil

La répartition de l'état civil des femmes à l'entrée dans les quatre asiles est la suivante :

²⁰⁹ République Française. Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes. Direction du travail. Service du recensement. *Résultats du recensement général de la population effectué le 24 mars 1901*. Paris imprimerie nationale, 1904

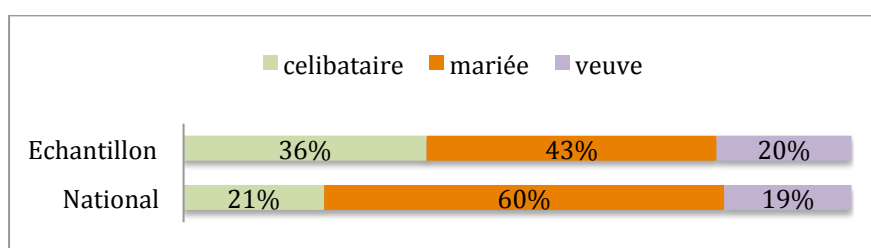
²¹⁰ Chapitre 1, figure 6, page 62

²¹¹ Dans l'analyse des asiles de la Seine, (chapitre 1) nous avons noté une population un peu plus âgée à l'entrée à l'asile, mais la référence était le recensement sur la ville de Paris, avec un pourcentage plus faible de femmes âgées de plus de 60 ans.

Tableau 12 – Répartition de l'état civil des 1189 femmes de l'échantillon

	Effectifs	Fréquence	Cumul	IC (95%)	
Non réponse	9	0,8%	0,8%	±0,5%	[0,3% - 1,3%]
Célibataire	460	38,7%	80,2%	±2,8%	[35,9% - 41,5%]
Mariée	485	40,8%	41,5%	±2,8%	[38,0% - 43,6%]
Veuve	217	18,3%	98,5%	±2,2%	[16,1% - 20,5%]
Divorcée / Séparée	18	1,5%	100,0%	±0,7%	[0,8% - 2,2%]
Total	1189	100,0%	100,0%		

Le graphique suivant compare l'état civil des femmes internées âgées de plus de 20 ans à celui de la population nationale féminine.

Figure 21 – Répartition de l'état civil de la population âgée de plus de 20 ans : Echantillon de l'enquête et population recensée

D'après le recensement national 1901. p.38 et 39.²¹² Les effectifs de calcul sont de 1.107 pour l'échantillon d'enquête et de 12.535.344 femmes âgées de plus de 20 ans, pour la population recensée

L'état civil des femmes internées présente des différences notables d'avec la population féminine nationale : le taux de célibataires est nettement plus important à l'asile (36%) que dans la population nationale (21%) ; corrélativement, le taux des veuves étant quasiment équivalent dans les deux populations et les divorcées n'y ayant qu'un poids très marginal (moins de 1% dans les deux cas), le taux de femmes mariées entrant à l'asile est nettement moindre que dans la population féminine française (43% contre 60%).

On avait remarqué le même phénomène pour les asiles de la Seine²¹³ en 1903 et 1907, où les femmes célibataires représentaient 34% des admissions, et les femmes mariées, 40%. Le taux de veuve était de 21%, donc assez proche de celui de la population recensée.

L'analyse plus détaillée de chaque groupe, par état civil et par âge donne à voir des tendances intéressantes (cf. les trois figures suivantes) : c'est toujours sur les classes d'âge de

²¹² République Française. Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes. Direction du travail. Service du recensement. *Résultats du recensement général de la population effectué le 24 mars 1901*. Paris imprimerie nationale, 1904

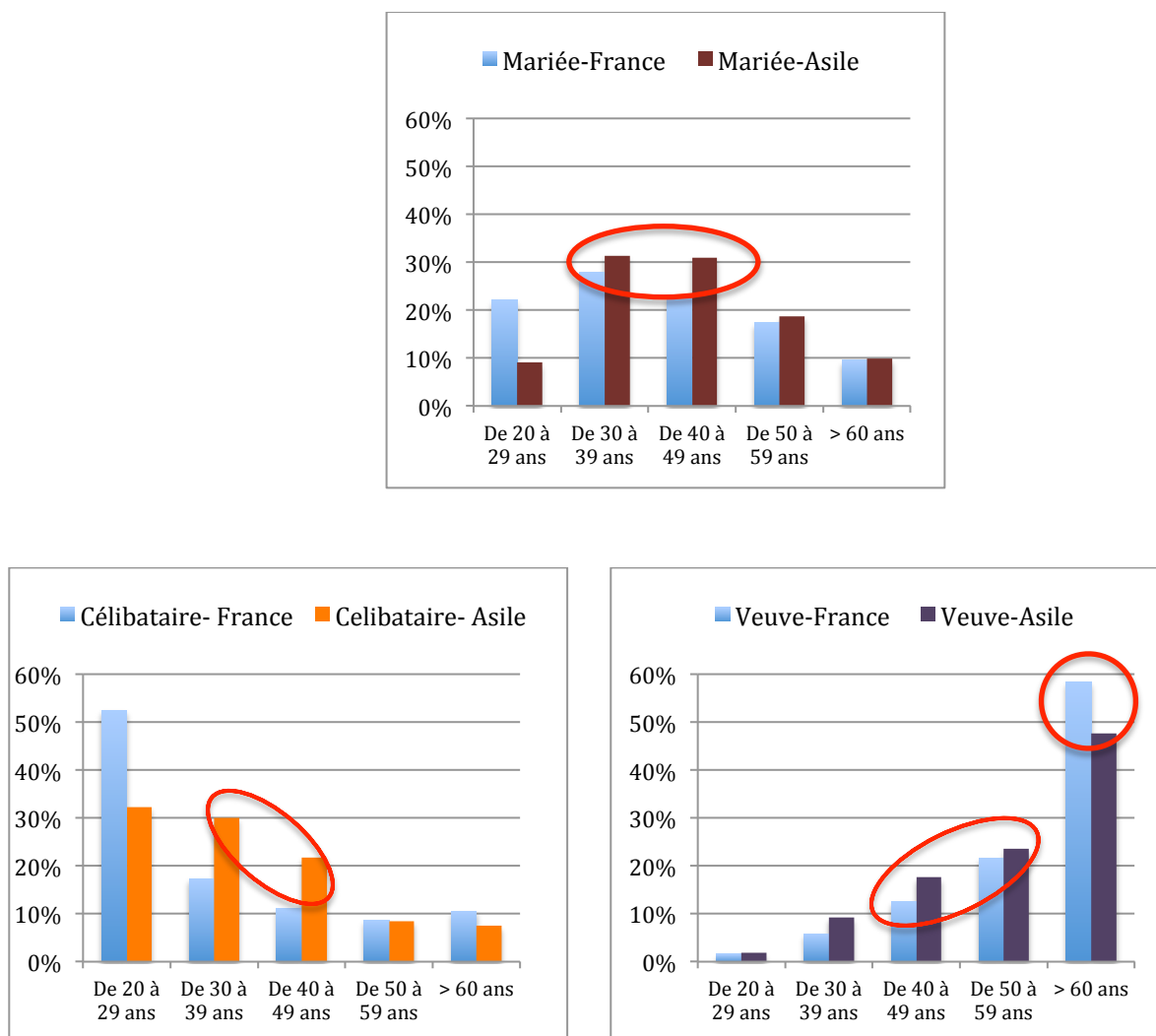
²¹³ Chapitre 1, figure 7, page 64

30 à 50 ans que se manifestent les différences en excès par rapport à la population nationale : *en asile, un peu plus de femmes mariées, un peu plus de jeunes veuves, et nettement plus de célibataires* pour lesquelles l'écart se creuse de plus de dix points d'avec la population nationale et de façon très marquée sur les deux tranches d'âge concernées.

Par contre, le taux de veuves âgées entrant à l'asile est plus faible que dans la population nationale. *Ce n'est pas le veuvage en général qui semble en cause, mais le veuvage qui survient dans les classes âgées plus jeunes*, les mêmes classes d'âge que les autres femmes mariées et célibataires.

Ces comparaisons laissent apparaître une vulnérabilité plus grande à l'internement des femmes célibataires et veuves de 30 à 50 ans. Il faut bien sûr s'attendre à ce que cette vulnérabilité statutaire fasse également sentir ses effets par la suite, contribuant au maintien en asile de ces femmes *non-mariées*, célibataires ou veuves.

Figure 22 - Proportion de femmes célibataires, mariées et veuves par classes d'âge. Dans la population nationale et dans l'échantillon



Source. Les mêmes que précédemment. D'après le recensement national 1901
Les effectifs de calcul sont de 1.107 pour l'échantillon d'enquête et de 12.535.344 pour la population recensée.

L'enquête permet de préciser maintenant²¹⁴ avec le tableau suivant que les célibataires font partie des plus jeunes à l'entrée en asile. Les « recrutements » dans les tranches d'âge supérieures à 40 ans concernent plutôt les femmes mariées et à partir de 60 ans, les veuves.

²¹⁴ Ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent et, en particulier au chapitre 1, sur la base des statistiques collectives.

Tableau 13 – Relation entre l'âge et l'état civil à l'entrée en asile.

	Non réponse	- 21 ans	21_29	30_39	40_49	50_59	60 et +	Total
Célibataire	0,2	4,9	10,8	10,1	7,3	2,9	2,5	38,7
Divorcée / Séparée				0,5	0,8	0,2		1,5
Mariée	0,5	0,3	3,6	12,5	12,4	7,5	4,0	40,8
Veuve	0,1		0,3	1,7	3,2	4,3	8,7	18,3
Total	0,8	5,2	14,8	25,0	23,9	15,0	15,3	100,0

Echantillon de l'enquête. Les pourcentages son calculés sur l'effectif total, soit 1.189.

3. Mode de placement à l'asile

Dans notre échantillon, les deux types de placements se répartissent entre 30% de placements volontaires et 70% de placements d'office. Cette répartition est en cohérence avec celle des asiles de la Seine à cette époque, dont les taux sont du même ordre²¹⁵. Les asiles du Vinatier et de Montfavet indiquent quant à eux que 2% des placements volontaires sont convertis en placement d'office par manque de ressources financières des familles.

Il y a une corrélation entre le placement volontaire et les femmes mariées d'une part, les veuves et le placement d'office d'autre part. Il est pourtant difficile d'imaginer que ces dernières représentent un danger pour l'ordre public. On peut faire l'hypothèse qu'il s'agit très probablement d'un mode de placement pour obtenir la prise en charge du département. Les célibataires se répartissent de façon égale sur ces deux modes de placement.

Il n'y a aucune corrélation entre l'âge et le mode de placement. Par contre les femmes sans métier sont en plus grande proportion chez les placés volontaires, et les femmes avec métier sont en plus grande proportion chez les placées d'office.

4. Professions

De toutes les variables, la profession est celle qui accuse le taux le plus important de « non renseigné » (15%), auquel s'ajoute les « sans-profession ». Il m'est arrivé de retrouver l'une ou l'autre profession à partir du dossier individuel, ce qui laisse penser que cette rubrique est effectivement mal remplie et sans doute le signe de la moindre importance attachée à cette activité par ceux qui étaient chargés de recueillir cette donnée au moment de l'admission. Il faut donc considérer que cette variable est la moins fiable de cette enquête.

²¹⁵ Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op.cit. Année 1905.

Tableau 14 - Répartition des formes d'activité déclarées des femmes de l'échantillon d'enquête

	Effectifs	Fréquence	Cumul	IC (95%)	
Non renseigné	 180	15,1%	15,1%	±2,0%	[13,1% - 17,1%]
Avec Métier	 545	45,8%	61,0%	±2,8%	[43,0% - 48,6%]
Sans Profession	 341	28,7%	89,7%	±2,6%	[26,1% - 31,3%]
Ménagère	 117	9,8%	99,5%	±1,7%	[8,1% - 11,5%]
Rentière	4	0,3%	99,8%	±0,3%	[0,0% - 0,6%]
Religieuse	2	0,2%	100,0%	±0,2%	[0,0% - 0,4%]
Total	1189	100,0%	100,0%		

Pour près de la moitié (46%) des internées de notre échantillon exerçait un métier au moment de leur entrée à l'asile. On remarque que 10% ont été inscrites sous l'intitulé de « ménagère ». De quelle activité s'agit-il ? D'une femme au foyer qui « tient le ménage » de la maison ou d'une personne qui fait des ménages dans une autre maison ? Il semble qu'il s'agisse plutôt de la première situation, puisque l'activité de domestique est largement déclarée.

Parmi les 551 femmes qui ont un métier, un tiers l'exerce dans les activités de service domestique, avec des métiers tels que : « domestique, femme de chambre, cuisinière, lingère, blanchisseuse, repasseuse ». Un autre tiers travaille dans le « textile », à son compte, en atelier ou dans des usines, il est impossible d'identifier leur statut. L'hôpital du Vinatier à Lyon tient un rôle non négligeable dans la forte représentation de ces métiers: « couturière, giletière, modiste, tapissière, corsetière, brodeuse, confectionneuse, tailleuse, fileuse de soie, piqueuse de bottines, passementière, perleuse, culottière, gantière, guimprière, tricoteuse, veloutière, tulliste, confectionneuse, ouvrière en soierie, frangeuse, en chaussures, en parapluie, en fourrure, canneteuse, monteuse de métier et mécanicienne ».

Le dernier tiers se répartit entre divers métiers, l'agriculture (11%) avec les cultivatrices et les journalières, les professions commerciales (6 %) avec les employées de bureau ou de commerce, les épicières, « marchandes au panier ou à la toilette », « demoiselle de magasin ou des quatre saisons, parfumeuse, fleuriste », puis les professions artisanales (3%), telles que « bijoutière, coucheuse d'or sur cuir, graveuse de musique, monteuse en éventail, souffleuse, vannière, relieuse ». On trouve aussi sept institutrices, une journaliste, trois infirmières, deux nourrices et une accoucheuse, trois artistes : danseuse, artiste lyrique et

artiste dramatique, et enfin deux religieuses, deux filles soumises, une fille publique²¹⁶, et quatre rentières.

Les tentatives de comparaison avec les comptes-rendus annuels des asiles confirment que cette rubrique est particulièrement mal remplie, en particulier pour les femmes ; le nombre de « profession inconnue » est toujours important, entre 10% et 40% selon les asiles.

Malgré ces réserves, il est néanmoins intéressant de noter que dans notre échantillon, 50% des célibataires entrant à l'asile et 34% des femmes mariées ont un métier, 33% des célibataires et 38% des femmes mariées sont sans profession, 14% des femmes mariées sont « ménagères » contre seulement 4% de célibataires.

5. *Les deux maisons de santé*

Les deux maisons de santé de notre échantillon accueillent pour l'essentiel des placements volontaires, à 92%, contre seulement 8% de placements d'office. La demande d'admission est supérieure aux places disponibles. A la Maison de santé de Ville-Evrard, en 1903, « la division des femmes a été au complet pendant toute l'année, et on a dû, faute de place refuser l'admission d'une cinquantaine de malades. »²¹⁷

Ces maisons accueillent plus de jeunes femmes que les asiles (25% contre 16% de femmes de 20 à 29 ans). Par contre leur population ne présente pas de différence notable du point de vue des proportions de célibataires, veuves et mariées.

La différence notable porte sur l'activité professionnelle. La rubrique est régulièrement remplie et il en ressort que 85% de ces femmes sont sans métier, qu'aucune n'est « ménagère », que 6% seulement possèdent un métier tandis que 6% sont rentières.

Les différences de composition sociale entre les deux types d'établissement sont donc très affirmées. Les maisons de santé apparaissent de toute évidence, comparativement aux asiles, recruter dans les catégories les plus aisées de la population, là où les femmes sont « maîtresses de maison » et disposent d'une domesticité.

²¹⁶ Il existait différents statuts de prostitution selon qu'elle s'exerçait dans les maisons tolérées ou dans les espaces publics, avec inscription ou non sur les registres de la préfecture... cf. PARENT-DUCHATELET Alexandre. *La prostitution à Paris au XIX^e siècle*. Texte présenté et annoté par Alain CORBIN. Seuil.1981.238 p.

²¹⁷ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine*. Année 1903. Docteur Sérieux. Page 255.

6. Les formes de maladies justifiant les internements

La codification

La présentation des documents d'archives a permis de constater que les diagnostics en asile nous mettent souvent en présence d'une énumération de symptômes propre à décourager tout travail de codification. Nous allons néanmoins le mener non pas pour créer un tableau nosographique de synthèse, mais afin de mettre en relation les mots des diagnostics, qui furent, en situation, les énoncés performatifs que l'on sait, avec les caractéristiques de la population et les processus de décision lors de l'admission, de la rétention ou de la sortie, prises par les médecins ou par les familles.

Nous avons rappelé comment la nomenclature administrative s'est élaborée au regard des évolutions de la nosographie générale. Cette terminologie ainsi officialisée est un cadre de références qui s'impose et qui est partagé par les médecins des asiles, elle est utilisée pour classer les malades et pour justifier les causes médicales de l'internement. C'est ainsi, par exemple, que l'énoncé même d'une maladie réputée incurable, ce « *geste minuscule, et partout reproduit, de quadriller un lieu visible pour offrir ses occupants à une observation et à une information* »²¹⁸ décide en fait de la non-sortie de l'asile, celui-ci étant considéré comme lieu de destination quasiment naturel de cet état pathologique.

Compte tenu de notre objectif d'étudier les devenir des internées ou mieux, *leurs carrières en devenir*, nous avons décidé de privilégier les diagnostics dans leur enchaînement sur la durée, tels que confirmés en quinzaine, dans les suivis, les certificats de sortie et éventuellement de décès. Cette méthode nous permet de tenir compte des modifications qui adviennent avec le temps –confirmation ou disparition des premiers symptômes décrits –et du processus de dénomination de la pathologie, qui se cherche, s'affirme, s'infirmes ou se confirme avec le temps. En se précisant, l'énoncé de la maladie acquiert une valeur telle qu'en situation, il vaut décision – de maintien, de sortie ou de transfert.

Avec une bonne dose de patience, par la méthode pragmatique des essais et des erreurs, il nous a été possible de réunir ces formulations apparemment éparses en un certain nombre de catégories, en respectant toujours la règle minimale de nous en tenir aux termes effectivement utilisés, en pratiquant comme un arrêt sur image, sans jamais inférer une maladie qui n'aurait pas été nommée.

²¹⁸ DE CERTEAU Michel. *op.cit.* pp.75-81.

Profil nosographique de l'échantillon

A l'issue de ce travail, et moyennant quelques regroupements, nous nous trouvons en présence de seize catégories de diagnostics, dont la plupart sont proches des grands classiques de cette époque.

Tableau 15 - Répartition des formes de maladie d'après les diagnostics codés

	Effectifs	Fréquence	IC (95%)	
Mélancolie	 241	20,3%	±2,3%	[20,0% - 23,6%]
Paralyse générale	 137	11,5%	±1,7%	[9,8% - 13,2%]
Maniaque	 124	10,4%	±1,7%	[8,7% - 12,1%]
Etat confus et délire	 117	9,8%	±1,7%	[8,1% - 11,5%]
Etats séniles	 116	9,8%	±1,7%	[8,1% - 11,5%]
Délire systématisé chronique	 103	8,7%	±1,6%	[7,1% - 10,3%]
Débile	 63	5,3%	±1,2%	[4,1% - 6,5%]
Alcoolisme	 40	3,4%	±1,0%	[2,4% - 4,4%]
Démences organiques	 38	3,2%	±1,0%	[2,2% - 4,2%]
Epilepsie	 34	2,9%	±0,9%	[2,0% - 3,8%]
Maniaco - dépressif	 32	2,7%	±0,9%	[1,8% - 3,6%]
Imbécillité	 31	2,6%	±0,9%	[1,7% - 3,5%]
Puerpéral	 29	2,4%	±0,9%	[1,5% - 3,3%]
Affaiblissement	 26	2,2%	±0,8%	[1,4% - 3,0%]
Démence précoce	 23	1,9%	±0,7%	[1,2% - 2,6%]
Troubles hystériques	 19	1,6%	±0,7%	[0,9% - 2,3%]
Non renseigné	 16	1,3%		
Total	1189	100,0%		

Dans ces quatre asiles, six formes de maladie concentrent 70% des internements : *la mélancolie, la paralysie générale, l'état maniaque, l'état confus, la sénilité et le délire systématisé chronique*. Les dix autres formes mobilisent, avec des effectifs plus restreints, les 30% autres.

Le calcul des intervalles de confiance peut permettre d'inférer une probabilité de représentation de cette répartition dans la population de référence, celle des quatre asiles. Mais ce calcul ne peut faire oublier que cette inférence et les comparaisons avec les statistiques de l'époque sont soumises à des réserves de prudence. Entre notre statut de codeur illégitime, médicalement parlant, et les façons de coder de chaque médecin, il y a un siècle de distance et des biais non négligeables se sont introduits qui n'autorisent pas de comparaison rigoureuse, terme à terme, pour la totalité de ces catégories. Par ailleurs chaque

tableau présente des regroupements différents, et donc un nombre variable d'intitulés, qui empêche de comparer les intitulés et les résultats terme à terme.

On remarque néanmoins quelques constantes régulièrement mentionnées par les médecins-chefs de service. La *mélancolie* est toujours signalée comme la forme mentale la plus fréquente, et dans des proportions analogues à nos résultats, entre 16% et 20% selon le nombre de maladies codées dans les tableaux. Elle est décrite sous des formes diverses : « Mélancolie anxieuse », « délire mélancolique avec hallucinations », « mélancolie aiguë », « dépression suite au décès de son mari », « mélancolie avec idées de persécution », « mélancolie avec sentiment d'impuissance et de découragement », « avec tentative de suicide », « s'acheminant vers la démence avec mutisme absolu et refus d'aliment », « mélancolie avec déluge de larmes, dit qu'on va la brûler vivante »...

D'après les résultats fournis par les médecins des asiles de la Seine, la démence sénile représenterait 18% des admissions, la paralysie générale 8% à 10% des admissions chez les femmes, alors qu'elle est nettement plus importante chez les hommes (autour de 15%). L'alcoolisme est d'environ 8% dans les admissions des asiles de la Seine en 1903, et les délires de persécution sont estimés à 7%. Dans les pathologies de moindre proportion, la démence précoce, les psychoses puerpérales et l'hystérie, on remarque les mêmes taux faibles de l'ordre de 1% à 3% maximum. Cette dernière qui a mobilisé la communauté des neurologues et aliénistes au XIX^e siècle, n'est pas, contrairement à sa réputation, un motif d'internement en asile.

Ces premières tendances permettent de considérer cet échantillon comme un support solide d'analyse des parcours des femmes de cette époque en relation avec l'ensemble des maladies qui étaient considérées comme justifiant leur internement.

Profils nosographiques selon l'âge

Si l'on met en rapport les profils nosographiques et les classes d'âge, on constate sans surprise que les femmes les plus âgées sont dites atteintes par l'affaiblissement des facultés mentales, les manifestations de sénilité et la démence organique.²¹⁹

Les plus jeunes, qui sont donc aussi souvent célibataires, sont internées suite à des diagnostics de débilité, d'imbécillité, d'épilepsie, de démence précoce et de troubles

²¹⁹ La démence organique désigne les états consécutifs à des attaques au cerveau, « ictus apoplectique », qui ont laissé des séquelles neurologiques, physiques de paralysie partielle parfois (hémiplegie) et mentales. (cf. glossaire en annexe).

hystériques. Les troubles « puerpéraux » liés à la grossesse et l'accouchement se trouvent majoritairement chez les jeunes femmes mariées.

Chez les femmes d'âge « mûr », entre 40 et 55 ans, ce sont la mélancolie et la paralysie générale qui sont le plus fréquemment diagnostiquées.

Les autres formes de maladie – états maniaque et confus, alcoolisme et délires systématisés, états maniaco-dépressifs – n'affectent guère les plus jeunes ni les plus âgées mais se distribuent aléatoirement entre les classes d'âge du « milieu » de la vie, de 35 à 55 ans, qui sont celles, on le sait, de la grande majorité des admissions.

Tableau 16 - Relations entre formes de maladie et âge à l'admission dans les quatre asiles et les deux maisons de santé de l'échantillon d'enquête.

	Non réponse	Moins de 33 ans	de 33 à moins de 42 ans	de 42 à moins de 54 ans	54 ans et plus	Total
Mélancolie	1	63	76	92	59	291
Maniaque		44	36	44	23	147
Etat confus, délire		48	42	40	16	146
Paralysie Générale	2	13	50	68	12	145
Affaiblissement et démence sénile	2			3	121	126
Délire systématisé	1	24	28	35	29	117
Débile		46	13	6	2	67
Alcoolisme	1	9	15	12	7	44
Démence organique		2	2	6	30	40
Epilepsie		17	9	6	2	34
Folie circulaire, état maniaco-dépressif	1	12	11	6	4	34
Imbécillité	1	23	5	3		32
Puerpéral		18	12	2		32
Démence précoce	1	25	3	1	1	31
Affaiblissement		1	6	7	12	26
Troubles hystériques		12	7	1		20
Non renseigné, non codé		7	3	6		12
Total	10	364	318	338	318	1 348

Les cases cochées en vert indiquent une corrélation positive entre la variable âge et la variable maladie selon le PEM de Cibois.

E. Les cinq façons de sortir de l'asile

Analyse quantitative des modes de sortie

Complétons à présent la présentation de nos premiers résultats statistiques en analysant ce qu'il ressort de notre échantillon du point de vue des modes de sortie de l'asile.

L'administration asilaire distingue cinq types de sortie : par guérison, amélioration, transfert, décès ou évasion ; auxquelles s'ajoutent en 1914, au début de la guerre et dans les asiles de la Seine, les « évacuées » vers d'autres asiles, soit trente personnes que nous avons comptées avec les transférées. Dans un premier temps, nous avons enregistré les sorties avec ces catégories administratives utilisées par les médecins dans les Registres des Lois.

Tableau 17 - Répartition des modes de sortie sur l'échantillon de l'enquête en asiles

Modes de sortie	Effectifs	Fréquence	IC (95%)
Décédée	 434	36,5%	[33,8% - 39,2%]
Transférée	 294	24,7%	[22,2% - 27,2%]
Améliorée	 292	24,6%	[22,2% - 27,0%]
Guérie	 168	14,1%	[12,1% - 16,1%]
Evasion	1		
Total effectif	1189	100,0%	

Pour 100 personnes internées,

- près de 39% seraient sorties « guéries » et « améliorées », c'est-à-dire sorties *vivantes* de l'asile,
- presque autant, soit 36% vont décéder à l'asile,
- les 25% transférées, sortent vivantes du premier asile ; elles vont poursuivre leur vie d'internée dans un autre asile, dont elles ne sortiront probablement pas et où elles décèderont.

Pour l'effectif observé en maison de santé, le taux de sorties *vivantes* est de 61%. (43% sorties améliorées et 17% sorties guéries). Les décès de 14% et les transferts sont de 17%.

« On n'en sortait pas », cette image forte apparaît forgée pour toutes celles qui, transférées ou restées à l'asile jusqu'à leur décès, n'en sortaient pas, soit 61% des femmes de cet échantillon. Quel sens donner à ces taux, celui des sorties vivantes, 39%, et celui des non sorties de l'asile, 61% ? Comment les apprécier ? Ce taux de 39% n'est pas un pourcentage négligeable pour des établissements réputés enfermer à vie leurs pensionnaires...

Rappel des taux de sortie calculés et publiés pour la période 1900 - 1914

Pour les asiles de la Seine, comme nous l'avons vu en première partie,²²⁰ le taux de guérison pour les femmes en 1900 était de 7%, le taux d'amélioration était de 7%, ce qui ferait l'équivalent de 14% « sorties vivantes » du système. Le taux de décès des femmes était, pour la même année, de 7%.

De même pour l'année 1905 :

Tableau 18 - Taux calculés en 1905 par le bureau de la statistique pour les Asiles de la Seine

« Malades en traitement »	6582	
Améliorée	530	8%
Guérie	256	4%
Evadée	9	0%
Décédée	600	9%
Suicide	1	0%
Total "sorties"	1396	21%

L'effectif de calcul : 6.582, «les malades en traitement » est l'addition du nombre de malades au 1^{er} janvier 1905 et des malades admis pendant l'année.²²¹

Les différences entre ces résultats et les nôtres sont de taille : nous obtenons quatre fois plus de décès et trois fois plus de sorties vivantes !

Si on prend la même méthode de calcul, appliquée aux résultats nationaux du tableau XII de la Statistique générale de la France²²² pour les effectifs de femmes dans les asiles départementaux. Les effectifs et les taux seraient les suivants :

²²⁰ Cf. Chapitre 1. « L'annuaire des statistiques de la Ville de Paris, page 53.

²²¹ *Annales statistiques de la Ville de Paris. XX^e année à XXX^e année. op.cité Année 1905. Renseignements particuliers aux asiles de la Seine. p.554.*

²²² Statistique générale de la France. *Statistique annuelle des institutions d'assistance*. Imprimerie Nationale. 1903 – 1907. Statistique des établissements d'aliénés, vol 1844-1852, vol -1860 .

Tableau 19 - Calculs des taux de sortie dans les asiles départementaux en France

	Existants et admis	Guérison	Amélioration	Evasion	Transferts	Autres	Décès	Restants
1901	29779	1035	1076	24	2212	445	2445	22542
1905	31019	963	1224	20	2404	353	2414	23461
1901	100%	3%	4%	0%	7%	1%	8%	76%
1905	99%	3%	4%	0%	8%	1%	8%	76%

Source. Tableau XII. Mouvements d'entrée et de sortie pendant l'année. France Entière.

Les taux sont calculés selon la méthode pratiquée par les asiles de la Seine, c'est à dire sur la base des effectifs en traitement qui additionnent les effectifs au 1^{er} janvier et les effectifs admis dans l'année

Ce type de calcul nous donne un taux de sortie vivante de 7% et un taux de décès de 8%, donc proches des résultats calculés par le service statistique des asiles de la Seine.

Ainsi les taux obtenus par notre méthode sont toujours quatre fois plus élevés que les taux qui étaient calculés à cette époque sur la base de effectifs en traitement, tant pour les sorties guéries que pour les décès. Comment analyser et comprendre ces écarts impressionnants ? En fait la réponse est assez simple. Elle tient d'une part à la différence de la base de calcul, et d'autre part à la temporalité sur laquelle ces effectifs sont comptés.

La méthode gestionnaire des asiles.

Le point de départ, la base 100, est constituée « des effectifs en traitement » c'est-à-dire de l'ensemble de la population qui occupe des lits en asile, celle qui est là depuis des années et celle qui est arrivée dans l'année. Les sorties comptées sont les places libérées dans l'année par les sorties. Cette méthode correspond bien à une certaine réalité qui s'exprime ainsi : dans les asiles en France, il y avait 8% à 12% de sorties guéries et améliorées par an. Cette méthode ne se base pas sur des « malades », mais sur des mouvements *dans l'année*. Et, effectivement ces mouvements étaient faibles. De plus, les effectifs en traitement qui sont la base de référence 100, comportent les effectifs restants s'accumulant d'année en année et qui sont donc recomptés autant de fois qu'ils passent d'années en asile, ce qui a tendance en effet à minorer tous les taux ainsi calculés.

La méthode de l'enquête prosopographique

Le point de départ, la base 100 est constituée de *personnes* admises. Le point d'observation de leur sortie n'est pas sur une seule année, mais porte sur toute la durée de leur parcours, jusqu'à son terme. Cette méthode rend compte d'une autre réalité, celle du *devenir de chaque personne dans la durée*, qui s'exprime alors ainsi : pour cent personnes entrées, trente neuf sont sorties de l'asile, guéries ou améliorées un jour ou l'autre, trente six ne vont pas sortir et vont décéder après un séjour qui va durer entre quelques jours et de

nombreuses années, et vingt cinq ont été transférées dans d'autres asiles où elles vont très probablement finir leur vie. Cette façon de compter va jusqu'au bout de l'effectif, dans lequel *il n'y a aucun restant, puisque chaque personne est suivie jusqu'au terme de son parcours*. Alors que la méthode gestionnaire compte chaque année 21% de sorties des malades en traitement, soit environ 80% de « restants », avec ceux qui s'accumulent d'année en année.²²³

Dans son enquête récente sur l'asile départemental de Quimper, Anatole le Bras, qui a créé une base de données avec une méthode du même type, présente un taux de sortie, pour une population exclusivement masculine, de l'ordre de 38% à 50% selon les années, entre 1850 et 1900.²²⁴

Des écarts de même nature étaient évoqués dans quelques rapports de médecins-chefs dès lors qu'ils se référaient à la population celle des « admissions dans l'année », et non pas à « la population traitée », et qu'ils observaient le devenir de chacune de ces personnes pendant au moins une année. C'est le cas, par exemple du Docteur Broquere à Montfavet :

En 1907, il note : « Nous obtenons un total de 141 sorties de bon aloi dont la proportion par rapport aux admissions est de 44,47% et de 7,7% par rapport à la population traitée. »²²⁵

Il en va de même pour de docteur Dupain à l'asile de Vaucluse :

« Les sorties normales (pour cause de guérison ou d'amélioration) ne font que le huitième de la population traitée (12,72%) mais plus de la moitié fait partie précisément des admises de l'année 1900. »²²⁶

Par contre les médecins n'avaient pas cette possibilité que nous donne le recul historique d'observer le devenir de ces mêmes femmes admises au delà de quelques années.

On peut donc assumer ces deux façons de compter, et les deux types d'images de l'asile qui y sont associées. En effet l'asile ne laissait sortir, chaque année, qu'une faible proportion de personnes dites guéries et améliorées, de l'ordre de 10% à 15%, par rapport aux effectifs asilaires, mais pour autant les « chances d'en sortir » un jour, pour une personne internée, se situe plutôt dans les proportions que nous indique notre enquête, c'est-à-dire autour de 38%.

²²³ cf. tableau 18, page précédente.

²²⁴ LE BRAS Anatole. *Négocier l'internement. Les aliénés du Finistère entre familles, autorités et médecins (Asile saint Athanase, 1850-1900)*. Master d'histoire, Institut d'études politiques de Paris, Ecole doctorale de Sciences PO. 2014. 252 p. pages 112 – 115.

²²⁵ *Rapport médical* 1907. P.381. Archives départementales du Vaucluse.

²²⁶ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine*. op. cit. Année 1900. pp. 131-143.

Particularité des deux asiles de la Seine de l'échantillon

Les taux comparés des formes de sortie entre les femmes internées dans les deux asiles de la Seine, d'un côté, et les deux asiles de province, de l'autre, accusent des différences très nettes liées à la politique de transferts pratiquée par les asiles de la Seine :

Tableau 20 - Comparaison des taux de sortie entre les deux asiles de la Seine et les deux asiles de province

	Effectif	Décédée	Transférée	Améliorée	Guérie	Total
Asiles département	509	48,5% *	5,3%	24,6%	21,6% **	100,0
Asiles Seine	680	27,5%	39,3% ***	24,7%	8,5%	100,0
Total	1189	36,5%	24,7%	24,6%	14,1%	100,0

Dans les trois zones vertes le PEM est élevé, indiquant une relation entre les variables, particulièrement sur les transferts dans le département de la Seine

Ainsi, 39% des femmes internées à Paris ont été transférées contre seulement 5% dans les asiles de province.

Le taux de guérison est significativement plus élevé dans les asiles provinciaux, où les femmes ont eu plus de chances de sortir guéries et améliorées de ces deux asiles (46%) que des asiles de la Seine (33,2%).

Le taux de décès plus élevé dans les asiles de province est la conséquence des moindres transferts, les femmes poursuivant toute leur carrière asilaire jusque leur décès dans ces asiles.

Autrement dit, en termes de carrière, selon que l'on est internée à Paris ou en province, les chances de sortir de l'asile ou, au contraire d'y poursuivre et terminer sa carrière sont très contrastées. Si le maintien à l'asile n'était pas une perspective réjouissante, le fait d'être transférée, on le verra plus loin, était très mal vécu par les familles et les femmes internées.

F. Conclusions du chapitre 2

La présentation du mode de constitution de notre échantillon, uniquement féminin, et de notre base de données quantitatives et qualitatives nous a permis de préciser les limites de notre enquête et son potentiel prosopographique. Une première exploitation statistique de nos données a montré combien les caractéristiques de la population de notre échantillon sont

cohérentes avec celles connues et publiées par les asiles de la Seine ou d'autres asiles, telles que nous les avons rappelées dans le premier chapitre.

Les données sur l'âge d'entrée et l'état civil sont cohérents avec les tendances évoquées, au chapitre 1²²⁷, avec un taux de femmes célibataires nettement plus important à l'entrée en asile que dans la population nationale, en particulier entre 30 et 50 ans. Par contre le nombre de veuves est en proportion moindre par rapport à la population générale. Ces données confirment que l'asile n'est pas envahi par les personnes âgées et les veuves, mais bien par une population d'âge moyen de 30 à 50 ans avec un taux de célibataire plus élevé que dans la population de référence. A ce stade, on ne peut que renouveler l'hypothèse que ces deux facteurs, âge plus avancé à l'entrée et importance du nombre de célibataires, supposées plus isolées, fassent partie des facteurs qui ne soient pas les plus favorables à la sortie de l'asile.

L'âge est marqué aussi, on l'aura constaté, par quelques corrélations remarquables avec certaines formes de maladie mentale, en particulier pour les plus jeunes et les plus âgées. Ce type de données devrait permettre de mieux comprendre, pour la suite des analyses, les articulations entre les facteurs biomédicaux et les facteurs sociaux toujours à l'œuvre, et en particulier dans les modes de sortie de l'asile.

L'échantillon, avec ses quatre asiles a permis de pointer très rapidement les effets des différences de politiques administratives et financières, de gestion des effectifs sur les carrières des femmes internées. En effet, les transferts opérés par les asiles de la Seine concernent 39% des femmes internées à Paris, contre 5% des internées en province. Ces transferts dans des asiles de province, en contrat avec la préfecture de la Seine, décidés par les préfets sur proposition des médecins, les isolaient un peu plus dans des asiles éloignés de leurs amis ou parents. Il s'ensuit que les carrières de longue durée ne sont observables et mesurables que dans les asiles de province qui *gardent leurs* malades ou dans les asiles-cibles de transfert.

Le résultat majeur de cette partie réside dans la différence étonnante entre les taux de sorties de l'échantillon d'enquête et ceux qui étaient calculés sur la base des mouvements annuels : 39% de sorties guéries et améliorées, soit deux fois et demi les taux publiés pour la même époque (de l'ordre de 14% annuel), et 36% de décès, soit quatre fois les taux publiés (9%). Nous avons indiqué les causes de ces *énormes écarts* qui résident essentiellement dans

²²⁷ Chapitre 1 – Figure 9, page 71

les différences de méthodes et de bases de référence : pour notre enquête, une base constituée *d'individus*, sur *toute la durée de leur vie* en asile, et pour les statistiques gestionnaires, une base constituée de *mouvements annuels*, indépendamment des individus qui sont alors comptés à plusieurs reprises, d'année en année.

Il n'en reste pas moins que l'idée que l'on s'est faite des asiles, et du sort des hommes et des femmes internées en particulier, s'est élaborée sur la base de ces taux gestionnaires qui ne peuvent être que faibles compte tenu de leurs méthodes de calcul.

En termes de carrières, il ressort de cette enquête, pour les années 1900-1914, que 39% des femmes internées en sortaient, améliorées ou guéries, et 61% n'en sortaient pas.

Comme nous l'avons vu, l'image de l'asile comme institution, « Bastille moderne » « dont on ne sortait pas » est fondée sur la réalité qu'une grande majorité n'en sortait pas, et en effet plus de 60% des femmes internées finissaient effectivement leur parcours de vie à l'asile pour la période que nous avons étudiée. Mais on ne se saurait sous-estimer pour autant la proportion de celles qui en sortaient, qui s'avère nettement supérieure à celle des sorties dans l'année. Comme nombre de chercheurs l'ont découvert récemment avec quelque étonnement, nous pouvons confirmer que l'on sortait relativement peu de l'asile (à 39%) mais bien plus que ce que l'on pouvait soupçonner sur la foi des statistiques des flux annuels. On peut faire également l'hypothèse que l'on en sortait un peu plus à la fin du XIX^e siècle que dans la première moitié de ce siècle dans les premiers asiles...

Ce type d'enquête menée, avec cette méthode, sur une population d'hommes internés pourrait également donner lieu à des résultats surprenants. En effet le calcul de leur taux de guérison sur la base des malades traités, donne un résultat relativement « optimiste » les concernant, puisque leur base de référence est moins chargée en effectifs restants que celle des femmes. J'ai mené un sondage²²⁸ sur les Registres de la Loi des hommes internés à Ville-Evrard. Il en ressort que sur les quatre cent vingt-quatre cas consultés d'hommes admis entre 1903 et 1909, le taux de sortie « vivant » est de 23%, (avant guérison 14%, et guéris : 9%), donc nettement plus faible que celui obtenu avec les femmes de notre enquête (39%). Le taux de décès est de 41%, et celui de transfert est de 34%.

Ces résultats sont à prendre avec beaucoup de précautions, car la répartition des malades dans les asiles de la Seine était faite par le service d'admission de Sainte-Anne et ne

²²⁸ Un sondage seulement, pour deux raisons. Le projet de cette étude n'était pas de procéder par comparaison homme/femme, mais d'approfondir la question du devenir des femmes. Par ailleurs toute consultation de nouveaux registres nécessite des demandes de dérogation qui prennent au minimum trois mois d'attente.

relevait pas du seul hasard, comme le constatent souvent les médecins-chefs des différents asiles.²²⁹ En 1907, dans son rapport annuel, le docteur Boudrie constate qu'à Ville-Evrard, il y a eu 74 cas de paralysie générale sur les 222 admissions (soit le tiers de celles-ci !), alors que ces cas ne représentaient que 12,61% de la population des admissions de Sainte-Anne. Il ajoute que ce recrutement qui leur était ainsi imposé avait des conséquences non négligeables sur « la pénurie de travailleurs et le nombre de décès ». Il serait donc nécessaire de refaire un tel sondage plus largement sur d'autres asiles de la Seine et de province, à moins de trouver une autre enquête équivalente, pour mener cette hypothèse à son terme.

Quoi qu'il en soit, ces résultats mettent en place une dualité bien identifiée entre celles qui sortent « vivantes » du système asilaire, améliorées et guéries, (un bon tiers) et celles qui n'en sortent pas, (les deux tiers selon notre enquête). Les carrières de celles qui sont maintenues à l'asile, ne sont pas équivalentes : elles prennent des formes plus ou moins chargées, suivant qu'elles y décèdent dans de brefs délais, ou au contraire, qu'elles sont transférées dans d'autres asiles, ou encore qu'elles vivent et « survivent » de longues années dans le même asile. Pour celles qui en sortent comme pour celles qui n'en sortent pas, les durées de séjour, et les événements de cette phase hospitalière donnent un sens à leur carrière qui ne peut être réduite à son seul mode de sortie.

C'est ce que nous allons aborder dans la troisième partie, les carrières dans leur durée et leur diversité en nous fondant en particulier sur notre corpus d'énoncés qui va nous permettre maintenant de pénétrer un peu plus avant dans le monde de l'asile et les conditions qui permettaient à quelques-unes d'en sortir et assignaient les autres à y demeurer des années durant. Ces données qualitatives écrites ont été recueillies de manière à pouvoir suivre le ou les séjours de chacune des internées dans l'asile concerné, selon la scansion des moments où la suite de sa carrière s'est jouée. L'enquête est ainsi en voie de se focaliser, grâce aux écrits qui en témoignent, sur les événements ayant décidé tout autant de la sortie que de la non-sortie des internées.

²²⁹ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op. cit.. Année 1907.*

- D'autres médecins chefs constatent des distorsions du même type. A Maison-Blanche, le docteur Taguet constate en 1903, que « Maison-Blanche » tend à devenir de plus en plus une succursale des hospices, un asile de vieillards, une sorte de garderie ; et que l'admission de ces femmes âgées et séniles présente de multiples inconvénients, tant pour le coût élevé de leur entretien que pour l'augmentation du taux de décès imputable au service.

- A Vaucluse, en 1904, le Docteur Dupain constate : « Le bureau central des admissions n'envoie pas dans mon service de folies névrosiques ; je ne reçois pas non plus ni épileptiques, ni hystériques. Les trois cas notés sont des exceptions. Pour les « surcroît d'agitées maniaques » envoyées dans son service, il rappelle « Le personnel infirmier n'est plus suffisant, je ne parle que pour mémoire de la détérioration de la lingerie et vêtue, des vitres brisées, etc. »

III. CARRIERES ASILAIRES, DUREES ET FORMES DE VIE A L'ASILE

Etude détaillée de l'échantillon d'enquête

Elles y restent entre trois jours et cinquante années. Dans cet échantillon de femmes entrées entre 1900 et 1914, la dernière sortie se trouvait à l'asile de Montfavet. Cette femme, entrée en 1904 à l'âge de 27 ans, est décédée en 1954, soit cinquante ans plus tard.

C'est donc sur cette période de temps que vont être analysées les mille cent quatre-vingt-neuf carrières de ces femmes, en associant les durées de séjour et les modes de sortie qui leur donnent sens. Il y a celles qui sortent guéries et remises en liberté ou à leur mari et celles qui restent indéfiniment, celles qui sont transférées, étiquetées incurables dans des asiles éloignés, celles qui réclament leur sortie et l'obtiennent, celles qui désespèrent de sortir un jour, celles qui décèdent brutalement et d'autres qui survivent et meurent à petit feu, entre les délirantes et les gâteuses alitées, tandis que d'autres travaillent au ménage à la cuisine, à la couture, sortent et reviennent pour de nouveaux séjours...

Nous allons rentrer dans l'analyse fine de sous-groupes pour repérer la façon dont se dessinaient ces carrières. Guidée tout autant par les chiffres et tendances qui ressortent de cette enquête que par le travail sur les centaines de cas et de courriers, l'idée est de donner corps à des ensembles construits qui permettent de définir ce que l'on appelle des carrières d'internées. L'analyse des façons de sortir est un point-clé de cette troisième partie, autant pour comprendre ce qui permet de sortir que pour éclairer les non-sorties, processus qui apparaît plus passif, mais dans lequel interviennent tout autant, mais plus silencieusement, les multiples facteurs à l'œuvre dans les prises de décisions et le formatage des carrières asilaires.

C'est en travaillant cette matière, un peu comme le modelage en sculpture, qu'a émergé peu à peu une diversité insoupçonnée de trajectoires. Les « contingences » fortuites de la carrière, pour reprendre l'expression de E. Goffman²³⁰, font partie des facteurs aussi importants dans la décision de sortie, si ce n'est plus, que l'état de maladie mentale désignée. Elles ne sont pas données d'avance, et ne sont réductibles ni au statut socio-économique des individus, ni aux événements occasionnels. C'est dans les traces d'interactions, la façon dont

²³⁰ GOFFMAN Erwin, *Asiles. Etudes sur les conditions sociales des malades mentaux*. Présentation de Robert Castel. Les Editions de Minuit. 1968. 452 p.

les évènements sont mis en avant dans l'argumentation, et dans les étapes de prises de décisions que l'on approche des configurations sociales qui ont donné lieu à des trajectoires particulières. Ainsi le certificat de sortie de cette femme :

« Elle ne présente pas de troubles délirants, ne prend plus de morphine depuis 2 mois et demi. La malade a sa mère gravement malade et demande à quitter l'asile dans le plus bref délai possible. Peut être mise en liberté. »²³¹

L'argumentaire est composé de quatre facteurs qui, *mis ensemble*, justifient la décision : un avis sur son état médical, un événement contingent de contexte (la mère gravement malade), la demande de la malade elle-même, et le poids mis sur le délai de la mesure à prendre. Autant de facteurs qui, s'ils n'étaient pas associés, n'auraient sans doute pas donné lieu à la même décision de sortie. Avec cet exemple, il s'agit d'indiquer que ce qui nous semble devoir être repéré dans les analyses qui vont suivre, ce ne sont pas des évènements ou des facteurs pris isolément, mais la façon dont des ordres de réalité ou des plans de référence sont agencés et rapportés ensemble de façon explicite et régulière.

Fortuites également, les façons dont ces archives ont été conservées, ainsi que les conditions dans lesquelles le chercheur « tombe » sur un courrier ou un certificat qui nomme ces évènements ou les arguments avancés ; ce qui suppose un travail de compilation et de repérage de la répétition pour ne pas en rester au seul courrier anecdotique. C'est dans ce travail au plus près des actions et des interactions que l'on peut percevoir le niveau de « l'acteur individuel et celui des microprocessus sociaux²³² » qui se jouent et se confirment dans cette répétition. Il ne s'agit pas ici d'un phénomène statistique, mais de la répétition, dans des lieux différents, avec des acteurs différents, de pratiques de langages, d'écritures, d'interventions et de décisions.

On s'installe ici dans le temps et la durée : la temporalité de l'époque, celle des observations médicales, des prises de décisions, du temps qu'il fallait pour « guérir », celles des durées de vie à l'asile avant d'y mourir et de la diversité des carrières qui s'inscrivent dans ce temps. Imprégnée d'une représentation d'un enfermement infiniment long, j'ai été surprise de constater des rythmes et temporalités beaucoup plus contrastés. Sociologiquement formatée par le concept « d'institutions totalitaires » et d'une domination sans issue pour les

²³¹ Maison-Blanche. N17. N°14070. 38 ans, lingère, célibataire, entrée le 26 juin 1909 en placement d'office. Sortie le 26 août 1909.

²³² STRAUSS Anselm. *La Trame de la Négociation: Sociologie Qualitative et Interactionnisme*. Paris. L'Harmattan. 1992. 311 p. page 11-14.

femmes enfermées à vie, j'ai été également surprise de découvrir un véritable espace de négociations et le déploiement de stratégies d'une présence et d'une vigueur inattendues pour au moins le tiers d'entre elles.

Comme on le verra, nombre de résultats de cette enquête sont confortés par des résultats et analyses publiés dans les rapports de cette époque ainsi que par des enquêtes plus récentes qui se fondent sur des méthodes d'investigation de même nature.

Le fil qui conduira cette partie est tendu par le temps des carrières, leurs issues, et les processus visibles ou silencieux qui président à leur destinée.

A. Les durées de séjour

1. Durée moyenne, durées extrêmes

La durée moyenne de séjour observée est de 945 jours, soit deux ans et sept mois. Cette moyenne ne doit pas occulter une grande variété de situations : la moitié des sorties de cet échantillon, toutes catégories confondues (guéries, améliorées, transférées et décédées), a eu lieu entre le 8^{ème} et le 9^{ème} mois, dans les quatre asiles étudiés. Ainsi à la fin de la première année, 61% des femmes en sont sorties, au sens administratif du terme, c'est-à-dire : évadées, améliorées, guéries, transférées, décédées.

Les séjours au-delà de cinq années représentent 15% de ce même effectif.

Tableau 21 - Durées de séjour avant la « sortie » administrative, (évasion, guérie, améliorée, transférée et décédée)

Durée de séjour	Effectifs	
< un an (1_364)	728	61,2%
1 à 2 ans (365_730)	164	13,8%
2 à 3 ans (731_1096)	63	5,3%
3 à 5 ans (1097_1827)	65	5,5%
6 à 10 ans (1828_3560)	86	7,2%
11 à 20 ans (3561_7120)	49	4,1%
Plus de 20 ans (7121 et +)	34	2,9%
Total	1189	

Ce tableau nous indique une faible proportion (3%) de séjours de plus de vingt ans. Mais il est plus pertinent d'éliminer l'interférence des transferts, en l'estimant sur la base de la seule population des asiles de province, qui, eux, ne pratiquant pas les transferts massifs, gardaient les femmes dites incurables jusqu'au terme de leur vie : cette proportion est alors de 6% pour ces deux asiles. Les très longs séjours comme ceux de Camille Claudel (trente années) ou celui d'Henriette D. (soixante-dix années) analysé par Isabelle Von

Buelzingsloewen²³³, ou celui de ma tante (cinquante années), sont donc loin d'être la norme. Aussi intéressants soient-ils pour ce qu'ils sont à même de révéler sur les conditions concourant aux longs et très longs séjours, la question se pose de savoir si l'on peut caractériser la situation des femmes internées par d'aussi longues durées. Ce point fera l'objet d'investigations plus précises.

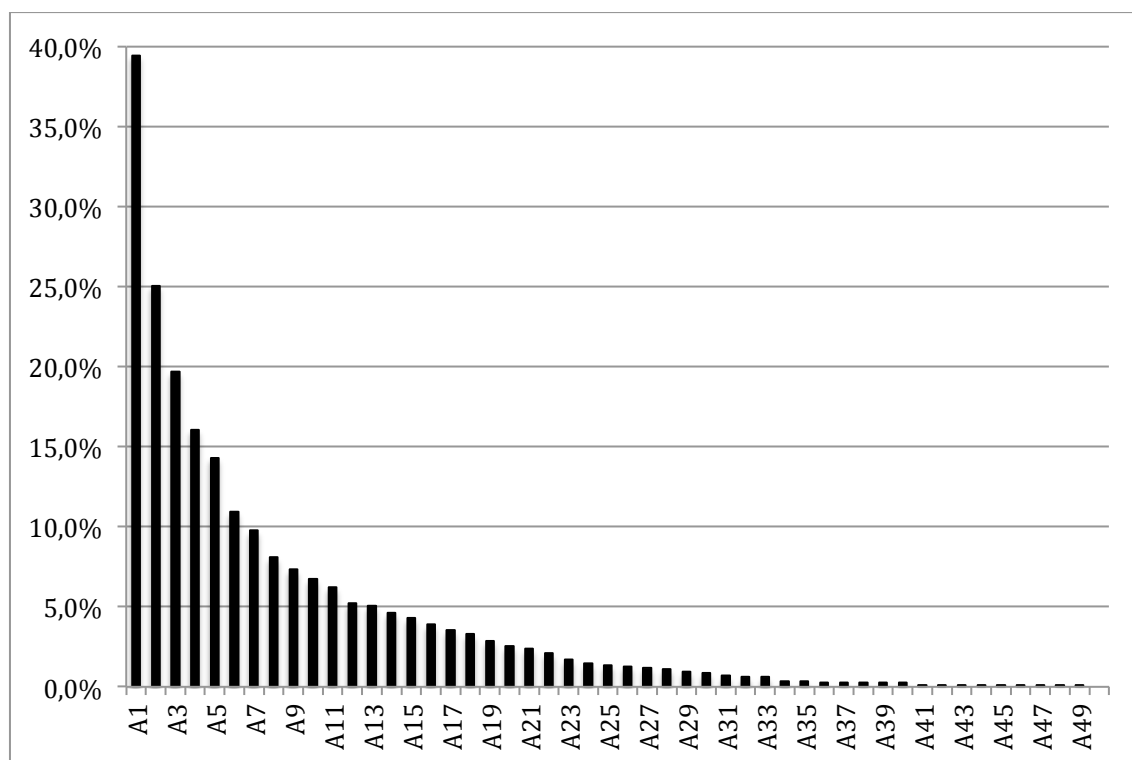
2. Les « restantes » au fil des ans

Contrairement aux statistiques gestionnaires, cette enquête permet de compter chaque année combien de femmes étaient entrées à l'asile et dans notre échantillon, puis restaient dans le même asile, alors que leurs compagnes, entrées dans les mêmes années qu'elles, étaient décédées, reparties chez elles, ou transférées dans d'autres asiles.

A l'issue de la première année, ce sous-groupe de « restantes » dans le même asile est de 461 femmes, soit 40%, de l'effectif initial. Il va ensuite statistiquement « fondre » d'année en année, selon la courbe que l'on peut observer sur la figure suivante. Chaque année, il en reste moins, et c'est parmi celles qui restent que vont se construire, pour quelques-unes, les longues carrières qui apparaissent au fur et à mesure des années qui passent. C'est ce que l'on peut observer dans le graphique suivant :

²³³ VON BUELTZINGSLOEWEN Isabelle, « A propos d'Henriette D. Les femmes et l'enfermement psychiatrique dans la France du XXe siècle ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire* 26/2007 pp. 89-106, 2007

Figure 23 – Courbe de la « régression » des « femmes qui restent » à partir de la deuxième année d’asile jusqu’à la cinquantième année.



En abscisse, les années numérotées de 1 à 49.
En ordonnée le pourcentage de restantes est calculé sur l'effectif de 1189.

A la fin de la première année (A1) 40% des femmes de l'échantillon restent à l'asile. Après treize ans (A13), il reste, ou il n'en reste, selon l'angle d'analyse, que 5%. On voit ensuite ce groupe fictif s'effiloche, régresser d'année en année. Pour un observateur néophyte, il est étonnant de voir que ce qui semble un petit nombre de restantes va constituer les sureffectifs féminins des asiles. La lecture d'études en économie de la santé sur les longs séjours en psychiatrie, encore actuellement²³⁴, attire l'attention sur le fait qu'il en faut peu pour encombrer durablement les lits d'hôpitaux :

« Les politiques de prise en charge alternative à l'hospitalisation engagées depuis 1970 ont permis de diviser par deux la moyenne de séjour depuis les années 1980, qui est de 53 jours en 2012. Une proportion non négligeable de patients restent hospitalisés sur une année ou

²³⁴ COLDEFY Magali, CLEMENT Nestrigue (Irdes). «L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse des déterminants de la variabilité territoriale». *Questions d'économie de la santé*. N° 02. Oct 2014. Pp 1-8. (L'étude porte sur les années 2010 et 2011).

CHAPIREAU François. « L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au XXe siècle». In Coldefy (dir) *La prise en charge de la santé mentale. La documentation française* 2007. P.127-143.

CHAPIREAU François. « Les nouveaux longs séjours en établissements de soins spécialisés en psychiatrie : résultats d'une enquête nationale sur un échantillon représentatif (1998-2000) ». *L'Encéphale*. Vol 31, n°4-septembre 2005. Pp. 466-76.

plus, du fait de la lourdeur de leur pathologie, mais aussi du défaut d'une prise en charge alternative. L'hospitalisation dite de « long séjour » en psychiatrie est estimée à partir de 292 jours dans l'année (entre 9 et 10 mois), associée à une hospitalisation l'année précédente. 12.700 patients sont concernés en 2011 par ce type de long séjour, soit 0,8% des patients pris en charge dans les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie. Malgré leur faible poids dans la file active, ces hospitalisations constituent un quart des journées d'hospitalisation et occupent un quart des lits, ce qui représente un poids majeur dans les ressources, l'activité et l'organisation des soins et établissements de santé.

Bien évidemment il n'y a pas de comparaison possible à partir de données calculées sur des institutions et des bases totalement différentes à un siècle de distance. Mais ce détour par cette question d'actualité vient simplement souligner que ce problème n'est pas une spécificité des asiles du XIXe siècle. Malgré les évolutions médicales et institutionnelles, l'hospitalisation de long séjour reste encore une question d'actualité en psychiatrie.²³⁵ Comme le souligne M. Coldefy, « une prise en charge hospitalière sur une longue durée n'est pas imposée par une indication thérapeutique mais est davantage symptomatique du cloisonnement entre secteurs et à l'absence ou au manque de réponses sociales ou médicosociales adaptées ».²³⁶

3. Le rythme des décisions et des asiles

En associant les modes de sortie de chacune des femmes internées, aux durées de leur séjour avant sortie, on quitte le suivi pas à pas des internées, année après année, pour croiser ces durées d'internement avec les formes de sortie les concernant. Les grandes périodes proposées dans le tableau qui suit ont été ventilées en prenant en compte la raréfaction progressive des effectifs et des évènements.

²³⁵ CHAPIREAU François. « Les nouveaux longs séjours en établissements de soins spécialisés en psychiatrie : résultats d'une enquête nationale sur un échantillon représentatif (1998-2000) ». Revue *l'Encéphale*. Vol 31, n°4-septembre 2005. Pp. 466-76. « A la fin de 1998, (...) parmi les 33.600 patients, la moitié était à l'hôpital depuis 7 mois ; l'ancienneté de présence dépassait un an pour 41%, 5 ans pour 23% et 18 ans pour 10% des patients. Le suivi a montré que parmi ceux qui étaient présents depuis moins de 16 jours fin 1998, 6% étaient dans le même établissement deux ans plus tard. » (...) « Les caractères des personnes présentes depuis plus d'un an sont les suivants : 67% sont des hommes, 78% sont célibataires, 6% sont mariés. » (...) Un sur quatre vivait auparavant dans un établissement pour personnes handicapées et n'y est donc pas retourné. ». Compte tenu des évolutions institutionnelles, avec en particulier les établissements gériatriques et pour handicapés, ces chiffres cités ne sont que des indications de tendance qui ne peuvent donner lieu à des comparaisons avec nos données.

²³⁶ COLDEFY Magali, CLEMENT Nestrigues. *Op. cit.*

Tableau 22 - Effectifs des modes de sortie selon les durées de séjour

	< un an	de 1 à 2 ans	de 2 à 3 ans	de 3 à 5 ans	de 6 à 10 ans	de 11 à 20 ans	Plus de 20 ans	TOTAL
Décédée	195	70	32	28	38	38	33	434
Transférée	156	42	19	24	42	10	1	294
Améliorée	234	36	11	8	3	1	0	293
Guérie	143	16	1	5	3	0	0	168
TOTAL	728	164	63	65	86	49	34	1.189

Les deux sorties par évasion ont été comptées avec les améliorées. Elles seront étudiées plus précisément le moment venu.

Ce tableau fondamental va être décliné sous trois formats pour permettre les comparaisons et les interprétations appropriées.

Tableau 23 - Pourcentage des modes de sortie par durées de séjour par rapport au total

	< un an	de 1 à 2 ans	de 2 à 3 ans	de 3 à 5 ans	de 6 à 10 ans	de 11 à 20 ans	Plus de 20 ans	TOTAL
Décédée	16,4%	5,9%	2,7%	2,4%	3,2%	3,2%	2,8%	36,5%
Transférée	13,1%	3,5%	1,6%	2,0%	3,5%	0,8%	0,1%	24,7%
Améliorée	19,7%	3,0%	0,9%	0,7%	0,3%	0,1%	0%	24,6%
Guérie	12,0%	1,3%	0,1%	0,4%	0,3%	0%	0%	14,1%
TOTAL	61,2%	13,8%	5,3%	5,5%	7,2%	4,1%	2,9%	100%

*Tous les pourcentages sont calculés sur l'effectif total de l'échantillon 1189.
Pour 100 personnes admises, 16 décédaient dans la première année, 3 sortaient améliorées entre la première et la seconde année*

Tableau 24 - Répartition des modes de sortie pour chaque durée de séjour (% colonnes)

	< un an	de 1 à 2 ans	de 2 à 3 ans	de 3 à 5 ans	de 6 à 10 ans	de 11 à 20 ans	Plus de 20 ans	TOTAL
Décédée	27%	43%	51%	43%	44%	78%	97%	36,5%
Transférée	21%	26%	30%	37%	49%	20%	3%	24,7%
Améliorée	32%	22%	17%	12%	3%	2%	0%	24,6%
Guérie	20%	10%	2%	8%	3%	0%	0%	14,1%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Pour 100 personnes dont le séjour est de moins d'une année, 27 vont décéder, 21 ont été transférées et 52 sont sorties améliorées et guéries

Tableau 25 – Répartition des durées de séjour pour chaque mode de sortie (% en ligne)

	< un an	de 1 à 2 ans	de 2 à 3 ans	de 3 à 5 ans	de 6 à 10 ans	de 11 à 20 ans	Plus de 20 ans	TOTAL
Décédée	45%	16%	7%	6%	9%	9%	8%	100%
Transférée	53%	14%	6%	8%	14%	3%	0%	100%
Améliorée	80%	12%	4%	3%	1%	0%	0%	100%
Guérie	85%	10%	1%	3%	2%	0%	0%	100%
TOTAL	61%	14%	5%	5%	7%	4%	3%	100%

*Pour 100 décès, 45 ont lieu la première année, et 9 se produisent entre 11 et 20 années de séjour
Les cases en vert indiquent une corrélation entre les deux variables (PEM de Cibois) pour l'ensemble
de ces quatre tableaux*

On savait déjà, que les femmes sorties améliorées et guéries représentaient 38% de l'ensemble des femmes de cet échantillon. On voit ici que la très grande majorité de ces sorties a eu lieu pendant la première année (80% et 85% de ce type de sortie). Ce taux très élevé et concentré peut sembler surprenant. Ce n'est pourtant pas un « *scoop* », les lecteurs familiers des rapports annuels²³⁷ des médecins des asiles retrouveront ce fait régulièrement mentionné par eux, d'année en année :

« Plus des deux tiers (69,49%) des malades sorties guéries, l'ont été après un traitement qui n'a pas excédé six mois. Un peu plus du sixième 18,64%, ont dû prolonger leur séjour et commencer un second semestre. La grande majorité des malades (88,13%) qui étaient susceptibles de guérir, ont été guéries dans un délai d'un an. »²³⁸

Par contre le taux de transfert est plus surprenant. Alors qu'ils représentent 25% des modes de sorties de l'échantillon, ceux-ci sont également décidés « rapidement », pour presque la moitié d'entre eux.

Le quatrième type de sortie, le décès, n'est évidemment pas une sortie comme les autres puisqu'il ne fait pas partie des décisions prises. Ainsi 16% des femmes admises décédaient la première année, représentant presque la moitié des décès (45%) ! Ce taux donne une idée du très mauvais état de santé physique de nombre de ces femmes arrivant à l'asile et peut-être aussi du choc qu'a pu être pour elles cet internement. Les asiles étaient connus pour leur taux élevé de mortalité et les médecins soulignaient régulièrement à quel point les premiers mois étaient les plus « meurtriers ».

²³⁷ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine*. Ces rapports qui étaient jusque là difficilement accessibles, ont été mis en 2016 sur Gallica.

²³⁸ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine*. op. cit. Année 1900, Dr Dupain. pp.131-143.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux types d'asile pour ce qui est des effectifs sortants ou restants à l'issue de la première année. Ce qui tendrait à montrer qu'il y a réellement un rythme qui se dessine pendant cette période décisive. Les différences vont apparaître progressivement et très nettement à l'issue de la sixième année. A partir de la 7^{ème} année les sorties guéries et améliorées sont devenues très exceptionnelles, et seuls les asiles de la Seine continuent de transférer. Puis les asiles de province seront les seuls à conserver encore quelques survivantes qui ont passé ce cap dans leurs murs.

Sur cette base, trois périodes sont retenues pour analyser les formes de carrière de celles qui sortent et de celles qui restent à l'asile :

- La première année est une période de décisions actives autour des sorties et des transferts, mais c'est aussi une année d'hécatombe avec les décès rapides de nombre de femmes.
- Avec la deuxième année on observera l'entrée de « celles qui restent » dans une carrière plus longue en asile. Les sorties sont encore possibles et réelles, mais en nombre plus réduit.
- La troisième phase, à partir de la septième année, est marquée par l'absence de toute sortie autre que les décès, sauf encore quelques transférées dans les asiles de la Seine. On peut y observer la formation des « séjours à vie » dans l'asile, c'est-à-dire jusqu'à la mort.

B. Une première année décisive

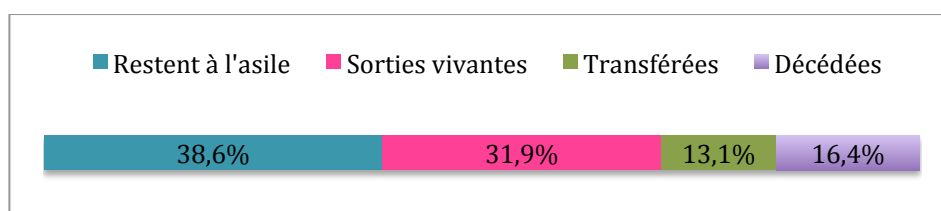
La première année se révèle décisive avec quatre grandes orientations de carrière :

- 377 femmes sont sorties vivantes et rentrées chez elles, évadées (2), améliorées (232), et guéries (143) ;
- 156 sont transférées, sorties vivantes elles aussi, mais pour aller dans un autre asile ;
- 195 sont décédées ;

Soit un total de 728 femmes qui sont administrativement sorties des effectifs avec des destinées différentes.

- 461 femmes ne sont pas sorties et vont « rester » l'année suivante.

Figure 24 - Répartition des sorties et des restantes à l'asile à l'issue de la première année



Les pourcentages sont calculés sur l'effectif de l'échantillon, soit : 1.189.

Cette représentation de la première année est rarement possible dans les enquêtes habituelles et mérite que l'on s'y arrête car, construite sur une base individuelle, elle intègre non seulement les sorties mais aussi la représentation de celles qui restent, à tout moment de leur parcours asilaire. Les carrières se constituant de mois en mois et d'année en année, elles ne peuvent être appréhendées ni par les statistiques asilaires portant sur les mouvements, ni par les seules statistiques portant sur les sorties. En effet les premières additionnent toutes les « restantes accumulées » chaque année, et pour les secondes, la notion de « restante » n'existe pas, puisque ce n'est pas une sortie. On est soit guérie, transférée ou décédée, indépendamment du temps passé qui précède cette sortie.

1. Premiers pas, premiers lieux, premières réactions

Avant d'avoir un lit quelque part dans l'asile, la future internée passe par diverses étapes. La première étape des placées d'office commence par le commissariat de police ou le

bureau du maire ; elles sont ensuite conduites à l'asile. Les placées volontaires sont amenées directement à l'asile ou avec une voiture de l'asile.

Avignon 11 juillet 1904

Monsieur le Directeur

J'ai l'honneur de vous adresser sous ce pli, le certificat du Docteur Clément et le réquisitoire de la Mairie pour le nouvel internement de ma femme.

Comme il est à présumer, ma malade opposera quelques difficultés pour monter en voiture ; je prierai donc Monsieur le Directeur de m'envoyer un gardien robuste et énergique. La voiture n'aura qu'à s'arrêter en face de l'usine d'engrais chimiques où je travaille.

Vous remerciant par avance de votre diligence, agréez Monsieur le Directeur, l'assurance de ma parfaite considération.»²³⁹

Les habitantes de la Seine ont une ou deux étapes supplémentaires : les placées volontaires passent par le service des admissions de Sainte-Anne avant d'être affectées dans l'un des asiles parisiens. Les placées d'office passent par l'Infirmierie Spéciale de la Préfecture de Police de Paris puis au service des admissions de Sainte-Anne. Elles peuvent être retenues quelques jours en observation dans ces services. Une fois arrivée dans « son » asile, la personne passe en général une quinzaine de jours à « l'Infirmierie » pour la période d'observation et de diagnostic. Elle est ensuite affectée à une « division », une « section » et dans « un quartier ». La division est placée sous la direction d'un médecin-chef. Les « quartiers » sont des unités de vie qui correspondent à une répartition des malades par catégories. Cette répartition n'est pas fondée sur les maladies mais sur les comportements. La grande démarcation se fait entre « les dangereux et les autres », « les indigents ou les payants »²⁴⁰. Le nombre de quartiers et leur organisation est variable selon les asiles et toujours problématique, en particulier pour le quartier des « agités ». A Ville-Evrard, on trouve sept quartiers : 1 - « Les tranquilles-travailleuses », 2 - « Les tranquilles », 3 - « L'infirmierie, quartier de surveillance et de traitement », 4 - « Les gâteuses et paralytiques », 5 - « Les demi-agitées », 6 - « Les agitées », 7 - « Le pavillon des cellules ». Chaque quartier comporte sa clôture à l'intérieur des asiles, ils ne communiquent donc pas entre eux. Chacun possède ses dortoirs, chauffoirs, réfectoires, sa cour, les douches, bains et sanitaires. Il est assimilé à une adresse, que l'on retrouve sur les courriers envoyés par les malades : « *Asile de la Maison Blanche, 1^{er} quartier, 2^e section* », « *4^e quartier, 3^{ème} pavillon* ». Les

²³⁹ Montfavet. Augustine G. Registre 76. N°2768. Dossier de son 2^{ème} internement, Juillet. 1904 - janvier 1954.

²⁴⁰ GRAND Lucile, « L'architecture asilaire au XIX^e siècle. Entre utopie et mensonge ». *Bibliothèque de l'Ecole des chartes*. T.163.2005. p.165-196

changements de quartier sont fréquents dans un séjour ; ils sont décidés à partir de critères divers : en fonction de l'état des malades, de considérations de discipline, (séparer les querelleuses, punir les indisciplinées...), de gestion des effectifs ou d'arrangements relationnels.

Changements de quartiers notés dans le dossier d'une femme de 26 ans, internée suite à « des crises d'épilepsie qui se seraient produites après son premier accouchement. »²⁴¹

- « Du 3^{ème} au 2^{ème} quartier, le 6 septembre 1908. Crises épileptiques
- Du 2^{ème} au 6^{ème} quartier, le 7 septembre 1908. Accès de délire sans crise
- Du 6^{ème} au 2^{ème} quartier, le 11 septembre 1908. Etant calme.
- Du 2^{ème} au 3^{ème} quartier, le 16 septembre 1908. Pour être alitée
- Du 3^{ème} au 2^{ème} quartier, le 6 novembre 1908. Pour faire de la place.
- Du 2^{ème} au 6^{ème}, le 21 novembre 1908. Agitée, ne s'alimente pas, violente, a gâté depuis deux jours
- Du 6^{ème} au 2^{ème} quartier, le 23 novembre 1908. Calme ».

Il arrive aussi que des parents demandent au médecin un changement de quartier :

« Si vous le jugiez à propos de la faire changer de quartier, ça pourrait bien améliorer son raisonnement » (...) et dans un autre courrier : « elle est au 4^{ème} quartier, car elle est très bien avec les infirmières. Et l'infirmière en chef m'a dit qu'elle pourrait bien être au 2^{ème} quartier si elle le voulait, mais que ma fille préférerait être au 4^{ème}. Elle travaille tous les jours au pliage du linge. »²⁴²

Le mari de cette femme se plaint du quartier où est placée son épouse :

« Le milieu, les cris des aliénées, surtout la nuit l'impressionnent péniblement. L'infirmière ainsi que les personnes de son entourage sont unanimes pour dire que ma pauvre femme est très douce et des plus faciles à soigner ». Et quinze jours plus tard : « quand les malades sont paisibles, en convalescence, vous devriez les mettre ensemble, en ne les laissant plus avec les agitées, leur guérison serait plus rapide il me semble. »²⁴³

A ces quartiers s'ajoutent les pavillons des pensionnaires payants, avec les classes de confort en proportion du prix payé : petits dortoirs ou chambres individuelles, salons et salles à manger, régimes alimentaires améliorés, espaces privatifs dans les jardins.

²⁴¹ Maison-Blanche. D4X31057. Dossier n° 134.730- 136.793. Mélanie, 3^e section. 26 ans, mariée, ménagère. Entrée le 10 janvier 1908. Sortie : « calme, docile, s'occupe un peu et n'a pas manifesté de délire consécutivement à ses crises, depuis 5 mois qu'elle est placée à Maison-Blanche dans le nouveau service d'épileptiques. A 2 ou 3 crises par mois en moyenne. Peut être remise à son mari qui la réclame. »

²⁴² Ville-Evrard. 428. N°34050. Léonie. 25 ans, célibataire, blanchisseuse. Placée volontaire, le 20 février 1907, sortie avant guérison, le 29 septembre 1907.

²⁴³ Ville-Evrard. 194. N°40350. Anne Marie. 57 ans, mariée. Placée volontaire, le 28 juillet 1913, sortie avant guérison, le 8 octobre 1913, accompagnée de son mari.

De ces premiers jours, il arrive qu'il reste une feuille d'observations ou un résumé d'entretien dans le dossier médical. Mais ces documents sont assez rares à cette époque. On a aussi des traces de l'inquiétude des familles. « *Monsieur le Directeur, Je vous supplie de me dire comment elle a passé ses quelques jours* », demande Mr S., deux jours après l'internement de son épouse.²⁴⁴ De même que celui-ci avec ses enfants en bas âge :

Plan d'Orgon le 28 février 1910.

Monsieur le Médecin chef

Depuis 4 jours que mes pauvres enfants sont privés de leur mère, nous sommes tous ici dans la désolation.

*Je viens donc vous prier Monsieur le médecin Chef d'avoir l'extrême obligeance de me faire savoir par retour dans quel état se trouve actuellement ma pauvre femme. Est-elle assez tranquille ? Croyez-vous pouvoir nous la rendre en bonne santé ? (...) L'assurance de ma parfaite considération. »*²⁴⁵

« Une fois à l'hôpital, le malade commence à s'y faire, son destin tend, dans les grandes lignes à s'aligner sur celui des gens que l'on trouve dans tous les établissements de réclusion » nous dit E. Goffman²⁴⁶. La promiscuité, les cris, l'angoisse, l'emprise des hallucinations, les bris d'objets et de vitres, les violences entre pensionnaires et avec le personnel, l'attente des repas, des bains pour celles qui suivent ce traitement, de voir le médecin invisible, des visites, de la sortie. Avec aussi l'ennui, les punitions, les privations ou l'espoir de recevoir des « douceurs » (le chocolat), et pour certaines une activité à la couture, au ménage, au pliage du linge, à la cuisine. Ce courrier étonnant d'une très jeune fille de 14 ans, internée au Vinatier en 1902, nous donne un aperçu de ses occupations du matin.

« Cher Papa, chère maman et chère Grand-Mère et cher Petit Francisque

*Je vous annonce de mes nouvelles, cela vous étonne peut-être ; mais elles sont bonnes et je me trouve bien à la campagne ; tous les matins, je bois du bon café au lait ; ensuite je mange ma soupe ; mon chocolat ; ensuite je fais ma toilette ; cire mes souliers ; après ma toilette faite je fais la toilette de quelqu'autres compagnes ; après je fais quelque ouvrages de coutures ; ensuite je mange quelques figues avec des noisettes en attendant la visite de Messieurs les Médecins qui m'ont fait appeler 2 fois à leurs bureaux et m'ont demandés quelques indications auxquelles j'ai répondu très distinctement ; enfin tout va pour le mieux ; je me dégourdis en travaillant gentiment et après je m'amuse un petit peu, ensuite je chante un peu d'une voix haute et claire pour ne pas oublier mes petites chansons d'école... »*²⁴⁷

²⁴⁴ Montfavet.R28 – 2139. Edwige M. Dossier administratif.

²⁴⁵ Montfavet. André V. R28. N°2133. Dans son descriptif, il est noté qu'elle sait lire et écrire. Placée volontaire le 25 février 1910 – Sortie « améliorée » le 18 juin 1910.

²⁴⁶ GOFFMAN Erwin, *Asiles. Eudes sur les conditions sociales des malades mentaux*. Présentation de Robert Castel. Les Editions de Minuit. 1968. 452 p. « La phase hospitalière » page 201-203.

²⁴⁷ Le-Vinatier. Q1057. Louise T. Trois séjours. Entre 1902 et 1905. Le premier séjour elle avait 14 ans. « Elle paraît plus excitée qu'un enfant normal. Hystérie précoce ? ». Une histoire d'attouchements aurait eu lieu par deux hommes

La lettre continue sur quatre pages avec des considérations sur le bonheur, qui laissent à penser que cette jeune fille est bien l'auteure de cette lettre. Une mention avec une autre écriture a rajouté : « *Il faudra conserver cette lettre comme un petit souvenir.* »

Quelques-unes arrivent enceintes ou soupçonnées de l'être et des courriers rassurent des parents ou des maris inquiets « *M. ne présente aucun signe de grossesse et du reste elle a eu des règles abondantes le mois dernier.* » Un certificat de sortie du pavillon de chirurgie avec la mention « *Curetage. Soins à donner à la malade, néant* », trouvé par hasard, isolé dans un dossier me laisse profondément dubitative.

Pour les asiles de la Seine, la prise en charge des accouchements se fait au sein du Pavillon de chirurgie commun à tous les asiles. Ceux-ci sont au nombre de dix à douze par an.

« Huit accouchements ont eu lieu en 1903. Cinq primipares et trois multipares et ont donné huit enfants vivants (six garçons et deux filles). Sur ces huit femmes accouchées, nous comptons cinq filles-mères et trois femmes mariées. Il y a eu cinq abandons d'enfants confiés à l'Assistance publique. Les malades ne doivent jamais allaiter, il est d'usage dans notre service, de leur administrer huit jours avant la date probable de l'accouchement 1 gramme d'antipyrine par jour. Les enfants restent en général 24 heures dans le service. Pendant ce temps ils sont habillés avec des petites layettes confectionnées dans le service. (...) J'ai remarqué que, contrairement à une opinion classique, le travail se fait en général très rapidement et sans douleur. Chez une seule malade, la durée du travail a été exceptionnellement de 30 heures. »²⁴⁸

A Montfavet, il n'y a pas de disposition spéciale. Une femme est arrivée au septième mois de grossesse. Le diagnostic d'entrée note : « *psychose de la grossesse due à la misère physiologique et à l'épuisement* ». Dix jours plus tard, le médecin demande à son mari de prévoir de retirer sa femme pour l'accouchement : « *Vous devinez les inconvénients présentés par un asile d'aliénés en pareille circonstance* ». Dans les bulletins qui suivent, aucune annotation ni de l'accouchement ni de l'enfant. Six mois plus tard son mari décède.²⁴⁹

chez ses nourriciers. Mais le médecin conclue « Elle ne précise rien qui fasse penser à une tentative de viol ». Sortie « presque complètement guérie sur la demande de ses parents. »

²⁴⁸ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op. cit.* Année 1903. Service de Chirurgie. Docteur Picquié, médecin chef. p.389-410.

²⁴⁹ Montfavet. R28. N°2149. VES. 40 ans, mariée, sans profession, Entrée en placement volontaire, le 27 octobre 1910. Sortie améliorée le 21 juin 1911.

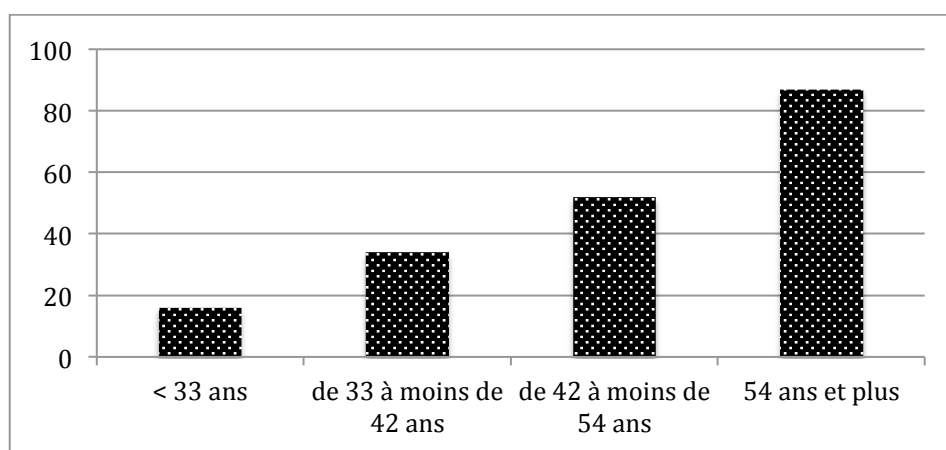
Et pour une autre femme, on apprend, par un courrier de son frère que son mari, qui l'avait conduite la veille à l'asile, « *s'est pendu le lendemain, 22 juin qui l'a conduite chez vous – peut-être la lui ferait savoir, pourrait se remettre ; n'a pas été heureuse.* »²⁵⁰

Les dossiers et les registres sont étonnamment silencieux sur le fait que ces femmes ont ou non des enfants. Quand elles en ont, on l'apprend par hasard dans un coin de dossier. On ne sait pas non plus la façon dont elles sont affectées par la séparation d'avec leurs enfants ou leur entourage, ou encore par les deuils qui ont précédé ou surviennent pendant cette période.

2. *Les décès des tous premiers mois*

Cent quatre-vingt-quinze femmes (195) sont mortes la première année, 45% du total des décès se produit donc la première année. Les deux premiers mois sont les plus meurtriers. Les deux grandes causes de décès sont la paralysie générale et l'état de faiblesse lié à la sénilité. Les femmes à partir de 54 ans forment à elles seules presque la moitié de ces décès.

Figure 25 - Age des décès survenus la première année (en effectifs)



Effectif des décès de la première année : 195

Parmi les plus jeunes, on trouve une caoutchoutière de 29 ans avec une intoxication professionnelle au sulfure de carbone²⁵¹, une jeune fille de 19 ans, arrivée avec un refus total

²⁵⁰ Le Vinatier. Q939. N°18198. Jeanne G. 33 ans, mariée, cultivatrice. Placée d'office le 21 juin 1912, sortie très améliorée, à titre d'essai pour un mois, le 16 février 1913.

²⁵¹ Maison-Blanche, N7 -3128, Stepanus, célibataire 29 ans, entrée le 26 décembre 1902 et décédée le 18 janvier 1903.

de s'alimenter²⁵², une autre de 24 ans pour laquelle le bulletin de santé envoyé à sa mère signale qu'elle "*est arrivée à l'asile depuis dimanche dernier dans un état d'excessive agitation, d'incohérence absolue, et refusant de s'alimenter (...) Elle est très affaiblie.*"²⁵³ Une jeune femme de 26 ans, célibataire et femme de chambre, est décédée suite à une « *infection utérine purulente* », son délire a été provoqué par une fièvre intense. Je ne peux m'empêcher d'imaginer un avortement, comme il y en avait déjà beaucoup à cette époque.²⁵⁴

On constate un cas de suicide par pendaison, dans le cours du troisième mois, pour cette femme entrée avec un diagnostic de mélancolie et une tendance prononcée au suicide. La lettre au préfet est retranscrite dans le Registre des Lois.²⁵⁵

« (...) M. a été trouvée pendue ce matin à sept heures. Profitant d'un va-et-vient occasionné par le nettoyage, cette malade s'est glissée dans un dortoir et s'est servie d'un foulard pour se pendre à la barre supérieure d'un lit, barre qui sert à fixer des rideaux et qui est située à 1 mètre 90 du sol. La mort a dû survenir en quelques secondes, car bien que découverte immédiatement, elle n'a pu malgré les soins qui lui ont été prodigués être rappelée à la vie. (...) Elle avait déjà fait une tentative de suicide avant son entrée à l'asile et elle était ici l'objet d'une surveillance constante. Malheureusement elle a profité d'une négligence d'une infirmière qui pour faciliter son travail avait cru bon de laisser une porte ouverte. La responsabilité de cette dernière me semble donc entière. (...) »

Les causes de décès font état de crises cardiaques, attaques apoplectiques, hémorragies cérébrales, marasme paralytique, cachexie sénile et d'infections diverses : grippe, fièvre typhoïde, urémie, septicémie, gastro-entérite, dysenterie, broncho-pneumonie. On trouve aussi deux cas de cancers et deux tuberculoses pulmonaires. Ce dernier chiffre est étonnamment bas par rapport à ce qui est déclaré dans les rapports médicaux, à moins que ces décès ne se produisent plus tard.²⁵⁶ Cette mortalité des premiers mois à l'asile est constatée dans les rapports annuels. Les médecins font état du fait que nombre de malades arrivent souvent dans un état de santé très précaire, voire « moribonds ». Le Dr Dupain²⁵⁷ à Vaucluse, commente et analyse chaque année ce fait, semble-t-il bien repéré à l'époque :

²⁵² Le Vinatier. Q318 – 12851. Antoinette B. célibataire et ménagère. 19 ans, entrée le 24 février 1903 et décédée le 7 mars 1903. Le terme d'anorexie connu à cette époque n'est jamais utilisé pour nommer les refus graves de nourriture que pourrait évoquer ce cas. Le terme de « sitiophobie » lui semble préféré.

²⁵³ Montfavet R 78. N°3138. Joséphine S. célibataire et sans profession, Entrée le 19 novembre 1905 et décédée le 11 décembre 1905.

²⁵⁴ DUPAQUIER Jacques, (Dir.). *Histoire de la population française*. T3 de 1789 à 1914. PUF 1988.

²⁵⁵ Le Vinatier. Q318. N°12868. Marie Claudine P. Mariée, 40 ans, cultivatrice.

²⁵⁶ *Rapport médical* Montfavet. Année 1908. Docteur Broquère, p.412. « 49 cas de tuberculose pour 218 décès internés hommes et femmes, soit 22% des causes de décès ».

²⁵⁷ On voit souvent citer dans ce chapitre, le Docteur Dupain, Médecin-chef du service des femmes à Vaucluse, qui était semble-t-il passionné de statistiques et commentait régulièrement les résultats de son service. Il produisait ses

« Les premiers temps de l'admission sont très meurtriers, ainsi qu'il est de règle » (...) « Les deux tiers des malades décédées succombent le premier semestre de leur séjour ». Pour lui, la paralysie générale, les démences et l'alcoolisme « fournissaient » cette part considérable de cette mortalité des premiers temps à l'asile. Pour les autres aliénées, après avoir passé la période critique des premiers temps de l'hospitalisation, elles présentent une mortalité relativement faible.»²⁵⁸

Quelques courriers donnent idée de l'état dans lequel se trouvaient certaines femmes à leur arrivée et dans les mois qui suivent. On en a une trace très touchante dans deux lettres de cette fillette de 12 ans, qui a été placée à *L'hospice des enfants assistés* à Berck, suite à l'internement de sa mère. Elle s'adresse, dans le même courrier, à sa mère et à la surveillante qu'elle appelle « chère dame », sachant sans doute que sa mère ne pourra ni lire sa lettre, ni lui répondre :

« Samedi le 8 juin 1907

Chère petite maman, tu m'excusera si je ne t'ai pas écrit parce que je ne savais pas ton adresse (...) papa ma dit qu'il était venu te voir et que tu était en bonne santé je te dirait chère petit maman que je suis toujours en bonne santé (...) je suis à Berck depuis le 6 mars je te mes une enveloppe avec mon adresse et une feuille de papier si tu veux me répondre tu a se qui te faut si tu as besoins de quelque chose tu na qu'à le dire, maman je te dirait que j'ai 11 ans et demi je suis grande (...) je voudrait bien te voir car je m'ennuie de toi et de papa il y a longtemps que je ne tes pas vue si tu savait comme ça me ferait plaisir de te voir (...) Madame la surveillante voulez-vous avoir l'obligeance de me dire si maman est bien portant je vous dirait que je suis toute seule d'enfant chez nous ma mère était sage-femme de son métier et par le travail elle est devenue folle mais il faut espérer qu'elle se guérira je suis dans un sanatorium ou je suis en bonne santé. Papa m'a dit qu'il était venu la voire et qu'elle était en bonne santé mais je ne veux pas que l'on me cache rien si ma maman n'est pas pour se guérir j'aime mieux qu'on me le dise je serai bien plus tranquille. (...) Chère bonne dame, voulez-vous avoir l'obligeance de me répondre si maman ne peut pas le lire ni me répondre sa me ferait bien plaisir de savoir de ses nouvelles (...) Chère Dame voulez vous avoir l'obligeance de gardé ma lettre car papa viendra la voir vous lui donner à voir. Ta fille qui t'aime et qui ne t'oublie pas.

*Simone*²⁵⁹

A cette lettre une réponse figure dans les notes médicales. L'auteur n'en est pas nommé, mais on peut supposer qu'il s'agit de cette « chère dame », et que cet échange de courriers entre elles n'est pas le premier.

« Le 11 juin. Votre lettre à votre maman est bien gentille, mais elle n'est pas en ce moment capable de la lire, ni de la comprendre. Elle a de nombreuses attaques qui j'espère finiront par

propres tableaux en particulier sur les durées de séjour. D'autres médecins écrivaient des commentaires circonstanciés ou se contentaient d'aligner les tableaux qui leur étaient demandés.

²⁵⁸ Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. Années 1900 à 1906. op. cit.

²⁵⁹ Ville-Evrard. Boîte 428. N°33878. Marie Adrienne B. 35 ans, mariée, sage-femme. Entrée, placée d'office, le 7 novembre 1906. Décédée le 26 juin 1907, de « marasme paralytique » (paralysie générale), soit après 8 mois.

céder et alors on lui parlera de sa petite fille. Soyez sage et sachez que je soigne bien votre maman. »

Le deuxième courrier de sa fille n'a pas pu être remis à sa mère qui est décédée le 26 juin.

Samedi le 29 juin 1907

Tu m'excusera Chère Maman si je ne t'ai pas écrit plus tôt.

Je m'empresse de t'écrire ses quelques lignes pour te dire que je suis en bonne santé je pense que tu es de même je pense que ma lettre t'a fait plaisir en la recevant (...)

Madame la surveillante je vous remercie beaucoup de la lettre que vous m'avez envoyé qui m'a bien fait plaisir de savoir des nouvelles de maman. Je pense qu'elle va un peu mieux pour le moment et qu'elle n'a plus de crise comme avant (...) Chère Dame voulez-vous avoir l'obligeance de me dire si maman se guérira car je voudrais le savoir (...) je finis ma lettre en pensant que maman va se guérir je finis ma lettre en vous remerciant infiniment. Chère maman je finis ma lettre en t'embrassant bien fort ainsi que papa, mon oncle ma tante mon cousin nos voisins se joignent à moi pour t'embrasser bien fort. Voici mon adresse.

Chère dame je finis ma lettre en vous embrassant bien fort bien fort ainsi que maman

Ta petite fille qui t'aime pour toute la vie. Simone

A bientôt de tes nouvelles.

Une autre fille, un peu plus âgée, annonce à sa mère son prochain mariage, elle espère que cette nouvelle lui fera plaisir et pourra la sortir de sa tristesse. Un bulletin du médecin l'informe que sa mère, dans son état de mélancolie, n'était pas en état de lire ni de réagir à son courrier et de lui répondre pour le moment.

Ces deux exemples donnent une idée des échanges qui avaient lieu entre les familles, en l'occurrence leurs enfants, les surveillantes et les médecins. Comme on le verra par la suite, il arrive que ce soit à l'occasion d'un courrier trouvé dans un dossier, que nous constatons qu'il est en fait une réponse à un autre courrier adressé par le médecin, et dont il ne nous reste pas de « traces ».

Les interactions que nous tentons d'approcher par ces archives sont bien le minimum de ce qui reste d'échanges écrits et conservés, alors que bien d'autres échanges avaient lieu sans qu'ils nous soient accessibles.

3. Les « vraies sorties » de l'asile : « avant » ou « après » guérison ?

Hormis les décès et les transferts, l'administration classe les formes de sortie de l'asile en trois catégories: l'évasion, les sorties par « guérison » et les sorties par « amélioration ». A l'asile de Montfavet, il existe une autre catégorie « les non aliénés » ; mais comme cette

catégorie ne fait pas partie des rubriques officielles, elle est comptée avec les sorties dites « guéries ».

En nous appuyant sur le corpus des certificats de sortie, les commentaires présents dans les dossiers et les courriers, nous allons maintenant tenter de cerner ce que recouvrent ces différents modes de sortie au plus près des pratiques institutionnelles comme de celles des non-professionnels, celle des internées elles-mêmes et leur entourage.

Les évadées

« Petite taille, très brune, teint bronzé, yeux noirs, nez canard, bouche grande, front petit, vêtue d'une robe laine gris bleu, chemisier maison toile, jupon laine gris, bas laine gris marqué A maison. Parle mal le français (est un peu idiote). »²⁶⁰

« 10 décembre 1906

Le Directeur de l'asile à Monsieur le préfet.

J'ai l'honneur de vous rendre compte que l'aliénée F.S. s'est évadée ce matin à 9h1/4

Cette malade qui n'est pas dangereuse et qui avait néanmoins été placée aux cellules à cause de sa grande agilité, a profité d'un moment d'inattention de l'infirmière B. qui l'avait accompagnée aux lieux d'aisance situés dans la cour, pour escalader la toiture des cellules en se servant des tuyaux de descente et de la gagner par le jardin.

Les recherches immédiatement faites à l'intérieur et à l'extérieur de l'asile sont restées jusqu'à ce moment sans résultats. L'infirmière coupable de négligence dans cette circonstance a été punie. (...) »

« Ci-joint deux bulletins signalétiques concernant cette aliénée... ».

Cette jeune fille était entrée en 1904 à l'âge de 16 ans au Vinatier, elle a fait deux ans plus tard cette tentative d'évasion, jugée suffisamment sérieuse pour être signalée au Préfet. Son dossier indique qu'elle est morte en 1917 à l'asile. Elle dû être rattrapée peu après...

L'évasion est la seule sortie décidée par la personne concernée. Il y en a deux dans cet échantillon, l'une à Maison-Blanche et l'autre à Ville-Evrard. Leur nombre a toujours été très faible chez les femmes²⁶¹, malgré des tentatives ou des envies clairement exprimées. L'exemple du Vinatier laisse à penser que celles qui tentaient de s'évader étaient souvent rattrapées, et pas forcément déclarées si on les retrouvait rapidement.

L'évadée de Maison-Blanche avait 25 ans, elle était célibataire et fille de salle²⁶². Elle était diagnostiquée « *épileptique, avec des crises nombreuses, une excitation violente et de la*

²⁶⁰ Le Vinatier. F. Marie Louise. Q920, N° 13406.

²⁶¹ Au niveau national en France selon le tableau XII de la *Statistique Nationale* déjà cité, il a y a eu 29 femmes sorties par évasion pour les 6.467 sorties en 1901, et 26 sorties par évasion en 1905, pour 6784 sorties en 1905.

²⁶² Maison-Blanche. N17. N°141609. Entrée placée d'office le 17 septembre 1909, évadée le 8 février 1910.

confusion dans les idées ». Le certificat de sortie mentionne : « *L'état mental de la malade s'est amélioré depuis quelques temps déjà, elle travaillait régulièrement. On peut la laisser en liberté si elle a des parents ou des amis qui consentent à s'occuper d'elle.* » Autrement dit, elle a pris les devants et il n'est pas utile de la ramener à l'asile.

Peu de précisions sur l'évadée de Ville-Evrard, entrée comme « *alcoolique avec idées de persécution* ». Elle avait fait « *une tentative de suicide, à la suite de l'abandon de son amant* », elle est décrite comme « *excitée, impulsive, impudique, grossière et brutale.* »²⁶³

Quatre sorties « non aliénées »

Je n'ai vu cette rubrique qu'à Montfavet où elle figure dans les tableaux du rapport annuel. Dans notre échantillon, quatre femmes déclarées guéries s'avèrent être en fait des personnes considérées comme non aliénées dès leur entrée et pour lesquelles le médecin de Montfavet a conclu qu'elles ne présentaient aucun signe d'aliénation ou de délire ; elles devaient donc sortir dans les meilleurs délais. Voici les quatre cas :

1 - Une jeune fille de 16 ans célibataire et sans profession, placée « volontaire » par son père de 63 ans, ancien marchand de bois. Sortie « guérie » et remise à son père, après 28 jours.²⁶⁴

Le premier diagnostic « d'hystéro-épilepsie » n'est pas confirmé dans les quinze jours qui suivent : « *Etat mental normal, ne peut être retenue à l'asile* ». Le certificat de sortie stipule : « *Il nous est impossible de considérer M.E. comme aliénée et nous estimons que sa sortie doit être ordonnée dans les plus brefs délais.* »

On retrouve un deuxième dossier pour elle quelques mois plus tard en 1910, et de nouveau, une sortie guérie « non aliénée » après 17 jours. « *Les accès convulsifs paraissent sous la dépendance des contrariétés provoquées par la belle-mère de Melle E. (...) Ils relèvent d'un état névrosique qui n'a rien de commun avec l'aliénation mentale.* »

2 – Marie R., 47 ans, bouchère, placée volontaire par son mari, boucher, le 26 juillet 1912, est sortie le 31 juillet 1912, remise à son mari. Elle est donc restée internée cinq jours.²⁶⁵ Le certificat du médecin extérieur faisait état :

« d'une affection mentale caractérisée par un délire mélancolique, avec idées délirantes de ruine, de déchéance et crises d'anxiété suivies de périodes d'excitation maniaque, et que cet

²⁶³ Ville-Evrard. R122. N°34741. Marie D. Entrée placée d'office le 18 octobre 1907, évadée le 28 janvier 1908.

²⁶⁴ Montfavet. R28. N° 2113, puis N°2129. Années 1909 et 1910.

²⁶⁵ Montfavet, R28. N° 2189 et dossier

état mental nécessite dans l'intérêt privé de la malade et de son entourage, son placement dans un asile spécial pour y être soumise à la surveillance et aux soins appropriés ».

Je n'ai jamais lu de certificat de 24 heures aussi prudent :

« M. R., entrée le 26 juillet 1912 n'a pas donné jusqu'ici la preuve qu'elle soit aliénée, ni par ses actes, ni par ses paroles. Faisant crédit au certificat d'admission et aux renseignements fournis par le mari, nous demandons encore deux jours d'observation au bout desquels nous comptons bien être en mesure de nous prononcer sur son maintien ou sur son renvoi. »

Les observations des jours suivants confirment les hypothèses du médecin :

« Le 28 juillet, ne fait rien d'extraordinaire, ne dort pas beaucoup et mange peu, mais elle dit que cela « vient de l'ennui que je me fais d'être enfermée ».

« Le 29 juillet l'interrogatoire d'aujourd'hui n'a fait ressortir aucune ombre de délire. M. R. oppose une défense très sage aux accusations ou allégations portées contre elle dans les renseignements fournis par son mari ».

« Le 30 juillet. Ne fait toujours rien de particulier, dort, mange, s'occupe, est propre. »

Son certificat de sortie, le 31 juillet, indique : « *Guérie. Nous invitons le mari à la retirer immédiatement* ».

3 - G. 36 ans, employée à la fabrique des bougies, a été placée volontaire par sa tante en octobre 1909.²⁶⁶ Le certificat de quinzaine ne constatait aucun signe d'aliénation mentale et le certificat de sortie confirme au bout de 17 jours: « *Aucun signe d'aliénation mentale, sa sortie doit être ordonnée dès à présent.* »

On notera que la reconnaissance de la non-aliénation mentale de ces femmes a pris, selon les cas, de cinq à vingt-huit jours.

4 - Une jeune fille envoyée par la prison d'Avignon. P. Louise, 19 ans, célibataire, profession non indiquée, placée d'office en 1904.²⁶⁷

Son état était signalé par le médecin de la prison comme celui d'une femme ne jouissant pas « *de l'intégralité de ses facultés mentales et dangereuse pour elle-même et la société* ». Le diagnostic de quinzaine est réservé : « *Une plus longue observation s'impose, refuse de répondre aux questions, s'isole, ne semble présenter aucun signe de délire.* » Le certificat de sortie confirme : « *Est calme, s'occupe et bien que d'intelligence faible et de*

²⁶⁶ Montfavet. R28. N° 2114

²⁶⁷ Montfavet. R76. N°2778.

caractère difficile, ne présente aucun symptôme psychique nécessitant un plus long séjour à l'asile. Peut quitter l'établissement seule ».

Ces cas soulignent la fragilité des premiers diagnostics et des notions sur lesquelles ils s'appuient. A ce stade on n'a aucune idée de ce en quoi ces traits seraient symptomatiques d'une pathologie plutôt que l'effet de circonstances comme il est pertinemment relevé. Dans ce hiatus s'invite la possibilité de détournement fondamental des procédures dans les institutions de l'ordre et du savoir. En l'occurrence, si tel était le cas, la manipulation a été déjouée et on peut se féliciter que l'asile ait permis d'éviter l'asile ! J'ai trouvé un peu étonnant de ne pas trouver plus souvent de cas de ce type.

Décisions de sortie : « Avant guérison » ou « Après guérison »

Il existait deux façons de désigner les sorties de l'asile au cours du XIX^e siècle. En 1855, les statistiques distinguaient celles qui sortaient « avant guérison » (les améliorées et les évadées), et celles qui sortaient « après guérison », les dites guéries. Toutes les présentations statistiques des rapports départementaux et nationaux retiennent les intitulés de sorties « améliorées » et « guéries ». A Ville-Evrard et à Maison-Blanche, les dossiers médicaux ont conservé sur leurs couvertures ces deux termes de « sorties après guérison » ou « avant guérison ».

Quels critères permettaient d'apprécier l'un ou l'autre état ? Pour le Docteur Dupain à Vaucluse, la différence n'est pas toujours évidente :

« Parfois le médecin peut hésiter à affirmer positivement la guérison. Somme toute l'amélioration est un résultat du traitement. Ces sorties par guérison et amélioration sont des sorties normales par opposition aux sorties par transfèrement d'un asile dans un autre asile.»²⁶⁸

²⁶⁸ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op.cit. Année 1906, Asile de Vaucluse, Dr Dupain, Médecin chef de la division des femmes. pp126*

Photo 9 – Modes de sortie sur la page de garde du dossier médical
« Avant Guérison » - « Après guérison » - « Transférée » - « Evadée » - « Décédée »
Dossier médical de Ville-Evrard et Maison-Blanche

RELATION DES REGISTRES	NATURE DU PLACEMENT	CULTE
ENTRÉES: R 18 F 9 N 51	ASILE (Volontaire)	Protestante
PLACEMENT: R 18 F 9 N 51		

Entrée le 1904
 Sortie après guérison le
 Sortie avant guérison le 14 Octobre 1904 (Se rend à Paris pour l'admission)
 Transférée le
 Évadée le
 Décédée le

Le fait que ces deux possibilités existent comme mode de sortie est un fait notable. Il indique en effet que l'idée de sortie de l'asile n'est pas liée à une notion stricte, imaginaire ou réelle, de guérison médicale. Il est donc intéressant de voir comment fonctionnait cette sortie « avant guérison » qui va être nommée officiellement « sortie améliorée ».

Et ceci est d'autant plus intéressant que les sorties « améliorées », au nombre de 234, dans notre échantillon, sont nettement plus nombreuses que les sorties « guéries », 143. Soit, pour un total de 377 sorties, un rapport de 62% pour les sorties améliorées contre 38% pour les guéries. Cette supériorité des sorties « améliorées » concerne trois des quatre asiles. A Montfavet, le taux de sortie « guérie » est un peu plus élevé que le taux de sortie « améliorée ».

Tableau 26 - Effectifs et proportion des sorties améliorées et guéries

SORTIES	Maison-Blanche		Ville-Evrard		Le Vinatier		Montfavet		TOTAL 4 asiles	
Améliorées	76	68%	92	80%	53	72%	72	45%	295	64%
Guéries	35	32%	23	20%	21	28%	89	55%	169	36%
Total	111	100%	115	100%	74	100%	161	100%	464	100%

Ces chiffres concernent l'ensemble de l'échantillon d'enquête. Le pourcentage est calculé sur les seules sorties vivantes. Pour 100 sorties vivantes de l'asile, 64% étaient considérées comme « améliorées » et 36% étaient considérées comme étant « guéries »

Sur le plan national, en 1901 et 1905, les proportions de sorties améliorées dans les asiles départementaux sont légèrement plus élevées que celles des sorties guéries.²⁶⁹ Les résultats des asiles de la Seine en 1905 confirment cette tendance avec pour les sorties « vivantes » de l'asile, 67% de sorties améliorées, contre 33% pour les guéries. Les rapports médicaux sur la totalité des sorties pour trois années au Vinatier vont dans le même sens avec 59% de sorties améliorées. Pour la même période, ceux de Montfavet indiquent un taux de sortie équivalent entre guéries et améliorées.²⁷⁰

La part remarquable des sorties améliorées, versus « avant guérison », était déjà présente dans le rapport de 1856, bien qu'à cette époque celles-ci soient dans des proportions un peu moindres ; en 1853, le taux de sorties avant guérison étaient de 43% et celui des sorties par guérison représentaient 57% « des quatre mille huit cent soixante-douze sorties.²⁷¹

Quoi qu'il en soit, ces sorties « avant guérison » contribuent très nettement à la performance des taux de sortie des asiles et favorisent des orientations de carrière dans des contextes chaque fois particuliers. Il sera intéressant de comprendre ce qui caractérise l'une et l'autre forme de sortie, de quels jeux d'intérêts elles sont le produit. En effet, la part importante de ces sorties améliorées témoigne à elle seule de ce jeu possible et interroge sur la façon dont les différents acteurs, malades, familles, médecins et autres, s'en sont saisi. La dualité des critères médicaux et sociaux a été largement commentée par les analystes du fonctionnement du savoir psychiatrique, en particulier au moment de l'internement. Par contre, la façon dont elle se rejoue dans les décisions de sortie de l'asile a été moins explorée.

²⁶⁹ D'après le tableau XII déjà cité, en 1901 : 1035 sorties par guérison et 1076 sorties par amélioration. En 1905, 963 sorties par guérison et 1224 sorties par améliorations. Les sorties par amélioration représentent 51% et 56% des sorties « vivantes » de l'asile pour ces deux années, pour la France entière.

²⁷⁰ Pourcentages calculés d'après *Les rapports sur le service des aliénés du département de la Seine, 1905*, les Rapports annuels du Vinatier et de Montfavet, entre 1905 et 1908. Déjà cités.

²⁷¹ Statistique de la France. T.3. *Mouvement de la population en 1851, 1852 et 1853. Suivi de Statistique de la France : statistique des établissements d'aliénés : de 1842 à 1853 inclusivement*. op.cit. « Chapitre 5. Sorties et Guérisons en 1853 ». L'auteur du rapport note des variations d'appréciation relativement importantes pour ces deux types de sortie entre les asiles.

Or c'est manifestement sur le terrain des sorties avant guérison, versus « améliorées », que l'on va pouvoir observer au cas par cas, entre les médecins et les familles, ce jeu *fluctuant* dans l'appréciation des critères sociaux et médicaux permettant de décider ou non de sorties de l'asile.

Les sorties « guéries »

On recense cent quarante-trois (143) sorties déclarées « guéries », la première année.

Les certificats de sortie sont structurés de façon identique d'un asile à l'autre. Trois types d'arguments sont chaque fois convoqués. D'une part l'état dans lequel se trouve la malade, ensuite la mention de la personne qui la demande, la « réclame » et à laquelle la malade sera « remise », « rendue » ou confiée à sa sortie²⁷², et enfin, pour les placées d'office, la référence à l'ordonnance de sortie attendue du préfet, dernière instance de décision qui doit émettre un « arrêté de sortie »:

- " Est guérie de l'accès délirant qui a nécessité son internement et peut être confiée à son mari qui la réclame. Il viendra la chercher à l'asile et prend l'engagement de lui continuer la surveillance et les soins nécessaires s'il y a lieu."
- « Est guérie de l'accès délirant qui a motivé son internement et peut être remise à son mari. »
- « Est calme, s'occupe et ne présente aucun délire. Est guérie et peut être confiée à ses parents qui viendront la chercher dès que sa sortie sera ordonnée. »

Les motifs de sortie sont assez homogènes de prime abord. Ils soulignent la disparition des troubles initiaux, le retour à des comportements considérés comme plus normaux ou acceptables et la conscience de la *patiente*²⁷³ d'avoir été malade :

- « Ne présente plus d'idées hypocondriaques, ni d'idées de suicide »
- « N'a plus d'hallucinations, de délire »
- « Tout délire ayant disparu, la sortie peut être ordonnée »
- « Dort bien, s'alimente normalement »
- « Bien améliorée, est tranquille, s'occupe »
- « Guérie de l'accès délirant qui avait motivé son internement »
- « Entrée pour mélancolie, est guérie et doit être remise en liberté »
- « Peut être considérée aujourd'hui comme guérie, de ses troubles mentaux »

²⁷² Cette précision était prévue par l'art.15 de la loi de 1838. Il concernait en principe les placements volontaires : « Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs préposés ou directeurs (...) feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de sa sortie, et autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit. » Il semble que cette prescription ait été appliquée aussi pour les placements d'office.

²⁷³ J'utilise ce terme de « patient » avec la pleine conscience de l'anachronisme que je commets. Ce terme n'était pas utilisé à cette époque, et je n'ai pas encore trouvé à quelle époque il va venir désigner les personnes objets de soins.

- « Tout à fait calme, docile, laborieuse, raisonnable dans les idées et les actes, se rend compte qu'elle a été troublée et surexcitée ».

En principe, les certificats mentionnent les personnes qui sont à l'origine de cette demande de sortie, qui seront là au moment de la sortie, ou vont s'en occuper :

- « Peut être remise à son mari »
- « Peut être rendue à son mari qui la réclame »
- « Son mari est venu la chercher »
- « Peut quitter l'asile, confiée à son mari »
- « Peut être confiée à ses parents qui viendront la chercher »
- « Rendue à son père, ou à sa mère qui la réclame »
- « Peut être reprise par sa cousine qui promet de s'en occuper ».

Une vingtaine de femmes (sur les 143) est « remise en liberté » sans mention d'un parent quelconque :

- « Ne donne plus signe de folie et doit être rendue à la liberté »
- « Est guérie et peut être mise en liberté »
- « Ne donne plus de signe de folie et doit être rendue à la liberté puisque ses parents ne répondent pas aux lettres qu'on leur écrit ».

Pour d'autres, les conditions de la sortie ne sont pas indiquées sur le Registre des Lois, on y trouve juste une formule laconique du type :

- « Guérie, ne s'oppose pas à la sortie »
- « Déclare ne pas s'opposer à la sortie de Melle M. Guérie »

Cette formule est particulièrement utilisée (répétée une quinzaine de fois) à l'asile du Vinatier, sans que soit indiquée la personne qui apparemment a « demandé » cette sortie au médecin. Elle concerne autant des femmes mariées que célibataires. Tout se passe comme si dans ces cas-là, l'affichage familial comme condition de sortie n'était pas prédominant, en tout cas dans le très officiel registre des lois. Il est probable que, dans leur dossier administratif, était notée l'adresse où elles se rendaient et peut-être les coordonnées de la personne les accueillant à leur sortie. Par contre, cette formule se réfère implicitement dans le non-écrit, à un tiers auquel finalement le médecin ne s'oppose pas et aurait, dans certains cas, finalement cédé.

Les sorties dites améliorées, encore plus « réclamées »

On recense deux cent trente-quatre (234) sorties dites améliorées, soit un nombre nettement supérieur aux sortis guéries (143). L'analyse détaillée des certificats de ces sorties

permet de remarquer, sous cette appellation, une plus grande diversité de situations, le terme lui-même permettant un spectre d'appréciations et de considérations plus larges. On retrouve la même structure d'argumentation que pour les guérisons, la description de l'état de l'internée, la référence à la personne qui a « réclamé » cette sortie, la note au préfet que « la sortie peut être ordonnée », pour les placées d'office. Et pour quelques placées volontaires, la mention de l'avis médical réservé du médecin.

Pour les trois-quarts de ces sorties (75%), il est noté des améliorations légères ou satisfaisantes, l'absence de troubles, pouvant autoriser une sortie, avec la présence et l'insistance de la demande du milieu familial et un encadrement toujours très précis à la sortie :

- « Légèrement améliorée, peut être rendue à son mari qui la réclame. »
- « Ne présente plus de troubles intellectuels et peut être rendue à son fils. »
- « Cette malade n'a pas eu de réactions violentes mais étant donné la nature de son délire, elle a besoin d'être dirigée et surveillée. Peut être confiée à Mr B., son parent, qui consent à s'occuper d'elle. »
- « Présente un certain degré d'amélioration, mais n'est pas guérie, réclamée instamment par son mari. »
- « L'accès est terminé, calme, lucide. Peut être mise en liberté, mais des rechutes sont à prévoir. »

Avoir la possibilité de travailler et d'être encadrée à l'extérieur est donné comme un motif favorisant la sortie dans le cas de deux jeunes filles, Marie, 25 ans, célibataire et domestique à Paris²⁷⁴ et Georgette H., 20 ans, également célibataire et domestique à Ivry.²⁷⁵ Ces emplois associaient un logement, des gages et une surveillance de la vie quotidienne et nocturne !

« Peut -être remise à sa patronne qui la réclame et lui réserve une place de domestique».

« Ne présente pas d'idées délirantes en ce moment, n'est plus déprimée, s'occupe régulièrement, réclame sa sortie. Ses parents ne sont pas venus la voir à l'asile depuis son entrée, nous leur avons écrit pour les informer qu'une famille habitant Ivry désire prendre à son service Melle H, mais la lettre est restée sans réponse. Dans ces conditions, nous pensons qu'il y a lieu de mettre Melle H, qui est majeure, en liberté pour qu'elle puisse se placer chez Mr V. fruitier, conseiller municipal à Ivry».

²⁷⁴ Maison-Blanche. N7. N°140774. M. célibataire et domestique, 25 ans, placée d'office, le 9 septembre 1909, sortie améliorée le 22 février 1910. Avec en premier diagnostic : « mélancolie -mélancolie avec demi-stupeur, inertie, mutisme ».

²⁷⁵ Maison-Blanche. N17. N°140896. Placée d'office le 16 juillet 1907, et sortie le 19 juin 1910. Avec en premier diagnostic : « Débilité avec dépression mélancolique, tentative de pendaison à gare des Invalides à son arrivée à Paris ».

Pour l'autre quart des sorties améliorées, les considérations familiales l'emportent manifestement sur l'état des personnes.

Trente neuf-certificats font état de femmes sorties dans le « même état » et « retirées » par un parent, le médecin déclarant « ne pas s'opposer » à cette sortie, décidée par les familles de placées volontaires :

- « Retirée par son mari, non guérie. »
- « Toujours en pleurs et en sanglots, mais on peut venir la prendre. »
- « Même état d'affaiblissement intellectuel, peut être rendue à son mari qui s'engage à lui donner les soins exigés par son état. »
- « Déclare ne pas s'opposer à la sortie de Melle P. même état d'agitation maniaque » - « Déclare ne pas s'opposer à la sortie de Melle G. non guérie, et sous la responsabilité de sa mère. »

Treize certificats expriment l'opposition ou l'avis contraire du médecin. C'est le cas de placées volontaires retirées par le tiers qui les avait placées et pour lesquelles la décision de sortie peut avoir lieu « avant même que le médecin ait déclaré la guérison ».²⁷⁶

- « Encore bien instable et hallucinée, reprise par son mari malgré toutes les représentations qu'on lui a faites. »
- « Non guérie, reprise par son mari malgré notre avis. »
- « Retirée prématurément par sa mère, malgré mon avis. »
- « Madame B. est libre de venir retirer sa sœur quand il lui plaira. Nous lui conseillons médicalement de laisser cependant cette dernière à l'asile ».

Sept personnes dans un état « grave » sont déclarées améliorées parce que « non dangereuses », pour justifier une sortie qui répond à des situations exceptionnelles :

- « Est encore atteinte de délire hallucinatoire, mais elle présente en même temps un état d'affaiblissement physique causé par une tuberculose pulmonaire à marche rapide qui met cette malade hors d'état de nuire à elle-même et aux autres. Les parents désirent vivement emmener cette jeune fille pour qu'elle puisse mourir auprès d'eux.»²⁷⁷
- « Cette malade s'affaiblit de jour en jour, elle s'alimente difficilement, ne parle plus, est égarée, son état est très grave. Retirée par la famille.»²⁷⁸
- « Est atteinte de phtisie grave, est actuellement très calme. Sa mère désire la retirer pour la soigner chez elle, on peut la lui rendre.»²⁷⁹

²⁷⁶ Loi de 1838. Art. 14. Cet article précise aussi que le médecin peut saisir les autorités administratives, s'il estime que « l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes ».

²⁷⁷ Montfayet. R78. N°3114. Anna V. 28 ans, célibataire, employée des postes.

²⁷⁸ Montfayet. R28. N°2163. 73 ans, veuve, placée volontaire par son fils pour démence sénile.

²⁷⁹ Maison-Blanche, N7. N°115709. Marie J. 17 ans, employée, placée d'office le 5 janvier 1903. Avec en premier diagnostic de « dégénérescence avec hallucinations, idées mystiques et de persécution, alternatives d'excitation et de dépression ». Puis aucune autre observation.

La sortie « avant guérison » ou « améliorée » semble être utilisée par les médecins comme une formule administrative pour tous les cas de sortie qui répondent à une diversité de situations médicales d'amélioration, mais aussi pour les « non guéries », lorsque les circonstances et les familles l'emportent dans le processus de décision.

Les sorties à l'essai ou en congé

Elles sont déclarées en tant que sorties « améliorées ». Il y en a treize dans cet échantillon, elles concernent uniquement des placées d'office dans les deux asiles de province. Cette possibilité a été initiée dans les années 1890. Elle permettait d'organiser des sorties à l'essai pour des personnes en placement d'office²⁸⁰ considérées comme non guéries ; pour celles-ci la sortie était censée favoriser la convalescence dans la famille et la guérison. Un retour à l'asile était prévu en cas d'échec, sans passer par la lourdeur des formalités d'admission :

- « Sortie en congé 3 mois, plus calme, moins délirante, amélioration satisfaisante pour permettre de la confier à titre d'essai à son mari qui demande instamment à la reprendre, et s'engage à la surveiller.»²⁸¹
- « Est très améliorée et peut bénéficier d'une sortie à titre d'essai sous la surveillance et la responsabilité de son mari.»²⁸²
- « Est encore confuse mais moins inquiète et ne présente plus d'hallucinations, l'amélioration est suffisante pour que cette femme puisse être confiée à son mari qui la réclame en congé d'un mois et s'engage à la ramener à l'asile à ses frais en cas de rechute." "Sortie définitive le 6 novembre. »²⁸³

La plupart du temps, ces sorties à l'essai, entre un et trois mois, donnaient ensuite lieu à une sortie définitive. Le cadre était réglementé : la malade était confiée à une personne qui remplissait et signait un imprimé où elle « s'engageait à exercer sur elle une surveillance constante, et assumait l'entière responsabilité de ses actes au dehors ». Elle s'engageait en

²⁸⁰ Ce type de sortie à l'essai n'est pas nécessaire pour les placées volontaires qui peuvent être sorties par leurs familles, non guéries.

²⁸¹ Montfavet.R76. N°2890. M.P. 54 ans, mariée, sans profession, entrée le 20 février 1905 et sortie le 20 novembre 1905. Diagnostic de quinzaine : «Délire de persécution avec hallucinations, est convaincue qu'on veut l'empoisonner, l'asphyxier, des voix lui disent sans cesse qu'elle sent mauvais, est malpropre, etc. » Un courrier à son mari à propos du congé mentionnait : «ne s'améliore pas, mais non dangereuse ».

²⁸² Le Vinatier. Q316. N°11237. Marie B. 34 ans, mariée, commerçante, entrée le 9 avril 1900, sortie le 11 août 1900. Avec un diagnostic de « folie à caractère mélancolique et hallucinations des sens ».

²⁸³ Montfavet. R78.N°2974. Adèle D. 43 ans, mariée, sans profession, Entrée le 9 juin 1905, placée d'office, sortie le 8 novembre 1905. Diagnostic immédiat : «Inquiétudes frayeurs, idées de persécution et d'empoisonnement, mais vagues et sans consistance, ce qui autorise un pronostic favorable. Elle ne mangeait jamais plus chez elle depuis longtemps par crainte d'empoisonnement. Bulletin. à son mari. 17 juin inquiétudes, frayeur d'empoisonnement, mais on peut espérer dans un laps de temps plus ou moins éloigné une amélioration dans cet état car le délire n'est pas systématisé. L'état physique est un peu meilleur qu'à l'arrivée. Diagnostic de quinzaine : « est atteinte de psychose d'invololution avec hallucinations de l'ouïe et de la vue. Des voix la menacent, a vu son corps tout noir, ... idées de persécution s'attachant à son mari et au médecin ... ».

outre à « ramener elle-même la malade à l'asile et à ses frais en cas de rechute pendant la durée du congé ». Cette sortie était autorisée et signée par le préfet. A l'issue de ce congé, la personne devait envoyer un certificat « médical légalisé » ou la ramener à l'asile. A Montfavet qui usait régulièrement de cette forme de sortie²⁸⁴, on trouve une série d'imprimés prêts à être signés, appui bureaucratique et institutionnel à cette procédure. Les courriers de rappel dans les dossiers indiquent que ces types de sortie étaient surveillés de près :

« Monsieur, vous êtes prié de ramener sans retard à l'asile de M. votre fille, dont le congé a expiré, ou de m'adresser par retour du courrier, un certificat médical, légalisé, constatant qu'elle peut, sans inconvénient vivre dans sa famille. »²⁸⁵

Cette forme de sortie, non prévue par la loi de 1838, était tout à fait officielle et organisée avec l'aval des préfets. Elle reposait chaque fois sur une demande des familles de la malade et un engagement de leur part à prolonger les soins et la surveillance hors asile. Les médecins l'utilisaient plus ou moins, selon leurs options et convictions. Dans son rapport annuel en 1906, le docteur Pichenot, médecin-chef de Montfavet en fait le bilan :

« Toujours très partisans des congés de sorties à titre d'essai, surtout pour les malades dont la convalescence reste stationnaire à l'asile, nous en accordons dans la plus large mesure possible, lorsque les familles veulent bien suivre nos conseils, et nous offrent une sécurité suffisante pour les soins et la surveillance à octroyer à ces convalescents. Cette année, 40 malades ont pu bénéficier de cette mesure, 30 sont restés définitivement dans leurs familles, et 10 seulement ont été réintégrés au cours ou à l'expiration de leur congé. On voit par là que les résultats de ces tentatives sont très satisfaisants, et nous engageant à continuer dans cette voie.»²⁸⁶

Et l'année suivante, son collègue le docteur Broquère obtempère :

« Nous n'avons à dire que le plus grand bien des congés d'essai. On peut se demander pourquoi certains asiles se privent de cette excellente pierre de touche de guérison ».

Tout se passe comme si cette procédure accordait aux familles des « placées d'office » une possibilité équivalente à celle des « placées volontaires », c'est-à-dire de pouvoir faire sortir leur malade, même non guérie, si elles se mobilisaient pour le faire ; mais il leur fallait l'accord du médecin et un arrêté de sortie du préfet.

²⁸⁴ Des imprimés, pré-remplis et prêts à signer par le médecin, la famille, le préfet, attestent de la bureaucratie asilaire qui accompagne de telles sorties. On en trouvera quelques-uns en annexe.

²⁸⁵ Montfavet. Jeanne M. Dossier individuel 1906. R78. N°3108.

²⁸⁶ *Rapport médical annuel 1906*. Montfavet. Docteur Pichenot. P 416. *Rapport Médical année 1907*. Montfavet. Docteur Broquère.

Façons de faire, négociations et stratégies

La présence des mêmes résultats et mêmes méthodes dans les quatre asiles, l'importance numérique des sorties « améliorées », laissent à penser qu'il ne s'agit pas de coïncidences fortuites. Il y a manifestement un terrain de négociation entre les familles et les médecins à leur sujet. Espace de discussion, de *négociation* comme l'a formalisé Anselm Strauss.²⁸⁷ On y retrouve les deux niveaux, celui du contexte de l'action proche et immédiate, et celui plus lointain du cadre structurel avec l'ensemble des conditions qui pèsent sur l'action et sur les interactions. On va observer dans chaque cas ce qui va faire arbitrage ou compromis pour peser sur les décisions de maintien ou de sortie de l'asile.

Les sorties guéries et à fortiori les sorties améliorées apparaissent comme des catégories médico-administratives, pour lesquelles le seul argument médical ne suffit pas à déclencher la sortie. Dans le cadre des sorties observées et des dossiers consultés, les familles interviennent avec détermination et certaines utilisent leur pouvoir de décision dans le cas des placements volontaires. Les médecins développaient leurs propres stratégies, médicales, gestionnaires et institutionnelles, s'opposant aux sorties qu'ils estimaient non opportunes et favorisant les sorties possibles. Ils étaient également soumis aux pressions de leur administration qui leur demandait de « faire sortir d'urgence des asiles tous ceux qui pourraient ou devraient n'y être pas maintenus, en particulier les aliénés non complètement guéris mais n'ayant plus besoin de soins spéciaux²⁸⁸ ». Ils étaient, ainsi que les directeurs d'asile, soucieux de l'image très critiquée et surveillée des asiles à l'extérieur.

« Est atteinte de délire hallucinatoire avec impulsions méchantes. Le mari s'engageant à faire soigner sa femme et à la surveiller comme il convient et en raison de l'état d'encombrement des divisions, il y a lieu de lui rendre sa femme. »²⁸⁹

L'analyse des certificats de sortie et des courriers individuels conservés dans les dossiers permet de repérer les *façons de faire*²⁹⁰, initiatives, requêtes, échanges, injonctions, interactions... entre malades, familles, médecins et directeurs d'asile, dès lors qu'elle ont

²⁸⁷ STRAUSS Anselm. *La Trame de la Négociation. Sociologie Qualitative et Interactionnisme*. Paris. L'Harmattan. 1992. P11-12.

²⁸⁸ MINISTERE DE L'INTERIEUR. Direction de L'Assistance et de l'Hygiène publique. 1er Bureau. *Instructions relatives au service des aliénés*. III. Désencombrement des asiles. Clemenceau. P.1-8. Cf. en annexe.

²⁸⁹ Le Vinatier. Q315. N° 11323. Marie Eugénie J. 31 an s, mariée, couturière. Placée d'office le 6 avril 1900. Vient de la maison de santé de St Vincent de Paul à Lyon. Avec « Impulsions irrésistibles au meurtre » et un diagnostic de « mélancolie avec idées de persécution et impulsions violentes ».

²⁹⁰ DE CERTEAU Michel. *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*, Gallimard 1980. Folio 1990. 349p. Chapitre III « Faire avec : usages et tactiques » pages 50 à 68. Et Chapitre III. Théories de l'art de faire. P. 71 à 81.

emprunté la forme écrite pour obtenir les sorties, alors que d'autres façons de faire échappent à notre analyse.

Une succession de gestes

Les stratégies des familles sont faites d'une succession de gestes que l'on ne peut détecter que dans la consultation des dossiers, l'analyse des courriers et des réponses des médecins. Il a malheureusement été impossible de trouver une trace systématique des visiteurs et des visites faites aux familles. Seuls les dossiers de Ville-Evrard indiquent les personnes autorisées pour les visites. Il y avait très certainement des registres pour les inscrire. Au delà du lien maintenu, du plaisir, mais parfois à l'inverse, de la violence qu'elles suscitaient, ces visites étaient l'occasion de prendre la mesure de l'amélioration ou non de la malade, de réaliser ses conditions de vie en asile, d'entendre ses plaintes et sa demande de sortie, de s'entretenir avec les surveillantes et parfois de voir le médecin, quand il était là. Nombre de courriers des familles mentionnaient ces visites pour appuyer leurs demandes de sortie, ou pour justifier leur refus de s'occuper d'une malade qui les reçoit si mal.

Le premier geste d'écriture consiste en une demande de nouvelles. La famille se pose comme interlocuteur présent, en veille, et en demande d'une réponse. Ce qui oblige le médecin à s'intéresser à la personne dont il est question : « *je vais la réexaminer* » répond un des médecins à son interlocuteur. Ainsi ils étaient sollicités pour donner leur avis, écrire et répondre aux courriers des familles,²⁹¹ entamer les démarches éventuelles pour d'éventuelles sorties.

« Vous avez dans votre établissement reçu tout nouvellement une femme du nom de R. ; pourriez vous me dire si son état de santé est grave, s'il y a guérison, oui ou non, et ce que vous en pensez. Veuillez m'écrire tout ce que vous avez pu étudier sur son état. Votre serviteur. J.R. »²⁹²

A un autre, le médecin répond : « Elle va bien, demandez-moi purement et simplement sa sortie par courrier, d'autant que je ne serai pas à mon cabinet dimanche, mais le jeudi 31. Ce qu'il me faut c'est une lettre de vous réclamant sa sortie. Immédiatement après je ferai le nécessaire. »²⁹³

²⁹¹ Pour recevoir un courrier de réponse, les familles devaient envoyer un timbre poste. Tous ces courriers se faisaient donc à leur charge.

²⁹² Le Vinatier. Q939.n°18216. Claudine G. 52 ans, mariée, profession non renseignée. Entrée d'office le 3 juillet 1912. Sortie à titre d'essai le 22 janvier 1913. Entrée sur réquisitoire du maire avec le certificat suivant : « atteinte d'aliénation mentale et son état présente un danger imminent et il y a urgence de la placer à l'asile ».

²⁹³ Ville-Evrard. Docteur Keraval à la fille de la malade le 24 Janvier 1907.R. Barbe. 213. N°33912. Veuve, 55 ans ouvrière. Entrée le 16 novembre 1906, sortie le 31 janvier 1907.

A Montfavet le Docteur Pichenot écrit au mari de madame G. « Votre femme est actuellement dans un état d'amélioration satisfaisant mais avant de prendre une décision au sujet de sa sortie, je désirerai m'entretenir avec vous. Veuillez donc venir à l'asile dès que vous le pouvez dans la matinée. »²⁹⁴

Des courriers viennent renforcer les démarches entamées lors des visites. Leurs auteurs donnent leur avis sur l'état de la malade, font état de sa demande de sortie, expriment leur mécontentement d'être mal considérés et tentent d'accélérer ainsi le mouvement.

Monsieur le Directeur

« J'ai fait dernièrement une visite à ma femme... et j'ai constaté que grâce à vos bons soins son état mental était bien amélioré »

*Je viens donc vous demander si vous croyez que sans danger je puisse la reprendre chez moi car j'ai deux enfants dont une fillette encore bien jeune et obligé par mon travail à être absent toute la journée je ne voudrais pas qu'il arrive quoi que ce soit si un séjour plus prolongé chez vous pouvait être nécessaire pour une guérison définitive.»*²⁹⁵

Il est écrit sur le Certificat de sortie, quinze jours après ce courrier : *« Est guérie des incidents qui ont nécessité son internement mais a besoin d'une surveillance continue en raison de ses habitudes alcooliques. Son mari la réclamant et s'engageant à cette surveillance, on peut lui rendre sa femme. »*

Le courrier suivant donne idée des difficultés que nombre de familles rencontraient pour voir les médecins lorsqu'elles venaient le dimanche visiter « leur » malade. Les rapports entre le médecin, le personnel et le cultivateur sont évoqués sans détour :

Plan d'Orgon, le 12 juin 1910.

Monsieur le médecin en chef

Depuis 4 mois que ma femme se trouve sous votre surveillance et soins, à chacune de mes visites, j'ai demandé à vous voir et chaque fois j'ai été éconduit pour un motif ou un autre.

Hier je suis de nouveau venu dans votre établissement et ayant réitéré le désir de vous voir, non seulement il m'a été répondu que cela était impossible mais encore j'ai été très mal reçu.

Je regrette de ne pas être millionnaire l'on aurait peut-être pu alors me donner satisfaction, mais il est vrai que le costume de cultivateur ne doit pas avoir de valeur aux yeux de vos employés.

Ma femme me paraissant assez bien et tranquille, mes intentions seraient de la faire rentrer chez moi. Je viendrais donc la chercher moi-même, samedi 25 courant et vous prie de me faire tenir pour cette date un bulletin de sortie.

Agréer, Monsieur le Médecin chef, l'annonce de toute ma considération.

²⁹⁴ Montfavet. R76. N°2768 et dossier. Augustine G. 27 ans, premier internement, 30 octobre 1902 – Sortie guérie le 24 avril 1904.

²⁹⁵ Ville-Evrard. Dossier DM 194. N° 34071. Mariée, 44 ans Domestique. Entrée d'office 18/02/07, Sortie après guérison, 02/06/07 (104 jours). Diagnostic. Alcoolisme chronique avec hallucinations et violences contre son entourage.

Pierre V. ²⁹⁶

Le dossier fait état du bulletin de réponse envoyé aussitôt au mari, le 13 juin : « On me dit que vous avez parlé au directeur et au médecin des femmes, mais que vous ne m'avez pas demandé. Je suis toujours prêt à recevoir les parents de nos pensionnaires et je vous aurai reçu avec empressement. Madame V. sera prête à être retirée, samedi. »

Ces courriers se situent dans une série d'interactions qui les précèdent et dont la dernière lettre et la réponse du médecin se situent comme une suite, mais peut-être pas une fin.

Considérations familiales et domestiques

Enfants en bas âge, mère aveugle, et autres considérations ménagères sont des arguments de nécessité qui peuvent éventuellement peser d'un certain poids dans les décisions de sortie.

La lettre qui suit est la dernière d'une série où le signataire, un monsieur qui vit en compagnonnage avec Marie Antoinette D., avait déjà demandé sa sortie à deux reprises.²⁹⁷

²⁹⁶ Montfavet. R28. 2133, et Dossier individuel. A. V. 38 ans, mariée, entrée le 25 février 1910, placée volontaire, sortie dite « légère amélioration » le 18 juin 1910. Diagnostic de quinzaine faisait état de : « Mélancolie avec idées de persécution et divers troubles de la sensibilité générale et spéciale. Croit que ses enfants sont morts, qu'elle va mourir dans 8 jours, elle a des frayeurs la nuit. (...) Très légère amélioration depuis l'entrée, disparition des hallucinations gustatives. A maintenir. »

²⁹⁷ L'orthographe est conservée. Maison-Blanche. D4X3-1058. Dossiers des sorties. Marie Antoinette D. 50 ans, Veuve et cuisinière. Entrée d'office le 4 janvier 1912, pour son 4^{ème} internement. Elle est sortie « Mise en liberté » le 27 septembre 1912. Dix jours après le courrier de son compagnon.

Paris le 16 septembre 1912

Monsieur Le Docteur

Je viens vous solliciter Monsieur Le Docteur pour que vous vouliez bien accorder à madame D. sa sortie définitive. Je la trouve un peu près rétablie et possédant en outre toute sa lucidité. Je ne comprends pas pourquoi que l'on s'obstine à vouloir la garder. J'avais fait par deux fois cette demande à Monsieur le Docteur Trenel qui a cherché par tous les moyens à prolonger cette sortie, naturellement il avait besoin des services de Madame D. qui était une femme dévouée et remplissait toujours bien ses devoirs on ne cherchais aucun moyen pour activer sa sortie, en quelque sorte elle était très utile pour votre asile, je le comprends très bien.

Mais moi aussi j'ai besoin de Madame D. pour mon intérieur, je suis seul et depuis 9 mois qu'elle est dans votre Asile tout a été négligé chez moi, il est donc de toute nécessité que vous m'accordiez sous peu cette sortie.

Je fais donc appel à vos bons sentiments pour que vous preniez en considération ma demande si vous la jugez à propos.

Dans l'espoir d'une réponse favorable, recevez, Monsieur Le Docteur, mes bien sincères salutations.

A H. Graveur, 49 rue Réaumur Paris

Sa sortie a été signée et a eu lieu le lendemain ! Mais on aura remarqué qu'il a fallu « revenir à la charge » un certain nombre de fois. Chaque courrier envoyé est bien alors une forme d'action, dont l'auteur se situe comme un interlocuteur déterminé, et dans ce cas-là, manifestement reconnu.

Des demandes de sortie de plus en plus insistantes et affirmées

Le style très ritualisé des courriers laisse néanmoins passer, derrière les formules de politesse et parfois de « dévouement » de leurs signataires, des demandes plus insistantes et affirmatives, l'expression du mécontentement ou la contestation de l'autorité de la chose décidée. Dans les familles de placés volontaires, quelques-uns font part de leur décision de venir chercher « leur » malade. Les trois lettres qui suivent, émanant du même auteur, dont la décision s'affirme de mois en mois :

14 janvier 1907

Monsieur le docteur en chef de l'asile de Ville-Evrard

(...) M. que je suis allé voir dimanche et les jours précédents. La mélancolie qu'elle est atteinte est motivée par l'isolement de son intérieur, c'est pour cela que je m'adresse à vous pour que vous l'a renvoyé à moi le plus tôt possible, suivant votre réponse j'irai la chercher jeudi prochain. J'attends une réponse favorable.

Puis, le 4 février 1907,

Monsieur le Docteur

Je suis tout à fait décidé de retirer la malade C.R.G. samedi prochain le 9 courant. Veuillez avoir la bonté de me donner la marche à suivre et l'heure que je pourrai me présenter à vous-même. Je vous remercie d'avance, Monsieur, en attendant de lire votre réponse agréez mes salutations.

Et enfin, le 3 mars 1907

Monsieur le docteur en chef de l'asile de Ville-Evrard

Ma décision est bien arrêtée pour retirer la malade de l'asile samedi prochain le 9 mars prochain.²⁹⁸

Ce sont le plus souvent les familles des placées volontaires qui peuvent ainsi affirmer leur intention et la mettre à exécution. On sait par ailleurs que d'autres familles ont usé de la même intelligence et de la même détermination pour faire enfermer leurs proches.

La « réclamation » des familles, insistance affectueuse ou rapport de force ?

Quels que soient les asiles, quels que soient les mots utilisés par les familles pour demander une sortie, on aura noté que les certificats utilisent de façon récurrente ce terme de « réclamer », qui n'est pas anodin, pour décrire cette demande parfois insistante des familles. Le dictionnaire souligne qu'à toutes les époques, ce terme évoque une composante de demande « insistante », « d'exigence », de « revendication ».²⁹⁹ Par contre ce terme n'est jamais utilisé dans les certificats de la Maison de santé de Vanves ; les certificats restituent plutôt la destination que prend la malade à sa sortie. Les termes privilégiés sont alors : « Retourne ou rentre dans sa famille, ou avec son mari ou chez elle », « Va aller à la campagne, dans une maison de retraite... ».

Cette différence de style m'a semblé traduire une différence dans les rapports qu'entretenaient les médecins des asiles et celui de cette maison de santé, avec les familles de

²⁹⁸ Ville-Evrard. Cette malade est sortie effectivement « avant guérison » « reprise par son mari malgré notre avis », le 9 mars 1907. Dossier de la boîte 213. N°33939. Clémentine R. 46 ans, mariée, ménagère. Placée « volontaire », le 30 novembre 1906. Diagnostic de « mélancolie anxieuse, constamment absorbée par des hallucinations, s'alimente difficilement ».

²⁹⁹ *Le nouveau Petit Robert*. Dictionnaires – Le Robert. Paris 1996. 2551 p. page 1887.

leurs patientes, qui sont aussi parfois « leurs clientes »³⁰⁰. Dans les asiles, les familles qui écrivent et demandent à voir le médecin, doivent se montrer insistantes et revenir à la charge pour être reçues, obtenir une réponse, avoir gain de cause. Les médecins des asiles expriment parfois la pression réelle ou ressentie et se sentent obligés d'en restituer la teneur dans les certificats de sortie qui sont adressés au préfet. Dans son rapport annuel, le Dr Keraval, à Ville-Evrard revient à plusieurs reprises sur ce sujet :

« Nous réduisons au minimum le temps de séjour à l'établissement parce qu'il faut tenir compte de la situation toujours pitoyable des familles qui réclament leurs parents » (...) Nous tenons à rendre à leur famille les malades qui nous paraissent entrer en convalescence pour peu qu'on nous donne les garanties d'une surveillance indispensable. »³⁰¹

Compétences des usagers de l'asile

Les quelques courriers cités n'ont rien d'anecdotique. Ils sont ce qui reste de manifestations que nous ne connaissons pas autrement, parce qu'elles n'ont pas été transcrites ou non pas été conservées. Il est clair que sans interventions insistantes et répétées, les sorties améliorées n'auraient pas eu lieu, ou pas dans ces proportions. Il est frappant de voir que les familles qui écrivaient ainsi, elles-mêmes ou par le biais d'un écrivain public ou d'un proche, savaient utiliser toutes les brèches possibles, toutes les possibilités ouvertes par le système, et faire usage de leurs droits. On dirait aujourd'hui, qu'elles avaient acquis les « compétences d'usager de l'asile », notion récente³⁰² forgée justement dans les études portant sur les malades et leurs familles dans les hôpitaux.

Il est possible que les démarches des familles des placées volontaires aient eu de l'influence sur les autres familles, celles des placées d'office. En effet, si elles ne pouvaient se prévaloir des mêmes droits, elles cherchaient et obtenaient parfois une sortie en congé ou une sortie guérie.

Les médecins répondent et manifestent également leur désaccord

A Ville-Evrard, le docteur Keraval incite à la prudence : « Si vous la reprenez, elle va encore essayer de se tuer. (...) Elle n'est pas guérie, réfléchissez encore ; pouvez vous la surveiller constamment ? »³⁰³ A propos d'une autre femme, il tente, par écrit toujours,

³⁰⁰ Les familles des placés volontaires, selon l'établissement (asile et maison de santé) et la classe de confort payent une pension . Cf. les fiches de présentation des établissements au chapitre 2.

³⁰¹ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op. cit.* Année 1904, Asile de Ville-Evrard. pp. 155-164. Et Année 1905, Asile de Ville-Evrard. pp 137-143.

³⁰² JOSEPH Isaac. *Erving Goffman et la microsociologie*. PUF 1998. 126 p. Ebook en ligne 2009

³⁰³ Ville-Evrard. Dossier Médical.B428. N°131166.

d'expliquer à son mari que ce sont ses hallucinations qui l'empêchent de s'alimenter : « *Les voix qu'elle entend lui défendent de manger. Aussi s'alimente-t-elle difficilement. Chez vous ce sera bien pis. Je ne vous conseille pas de la faire sortir avant guérison.* » Et comme le mari insiste, il lui écrit à nouveau un mois plus tard :

« Vous avez tout à fait tort. Mais enfin puisque le voulez absolument on vous remettra votre femme. Seulement vous signerez un papier³⁰⁴ parce que je ne puis me rendre responsable de ce qui pourrait arriver dehors. »³⁰⁵

Les imprimés fabriqués par les asiles pour faciliter les échanges, signer les engagements, etc. constituaient un solide appui bureaucratique à toutes ces procédures de sortie.³⁰⁶

La force des formules et des « non-écrits »

Même lorsqu'il n'y a pas trace de ces courriers, la formule lapidaire utilisée à maintes reprises par les médecins du Vinatier dans leurs certificats de sortie : « déclare ne pas s'opposer à la sortie de M., non guérie. » est le signe de relations manifestes. A quel interlocuteur non nommé ce médecin ne s'oppose-t-il pas ? Et à quel autre s'adresse-t-il en se justifiant ainsi ? L'expérience acquise à ce stade de l'étude, nous permet de penser qu'il y a certainement eu des demandes de sortie de la malade ou/et d'un de ses proches, des échanges préalables à cette décision, et que malgré un avis médical éventuellement réservé, le médecin accorde cette sortie « du bout de sa plume ».

Non écrit dans le certificat de sortie ne veut pas dire non verbalisé, dans la réalité des échanges qui ont eu lieu et n'ont pas laissé de trace écrite. En ne travaillant que sur l'écrit, nous ne travaillons que sur une partie sans doute minime des échanges et interactions qui devaient se produire entre les familles, les surveillantes, et les médecins lors des visites.

Ces formules lapidaires, les cinq mots de ces certificats de sortie se présentent alors comme une trace infime, le reste de quelques échanges qui ont précédé la signature de ce certificat.

Une détermination particulière

La détermination dont ces familles faisaient preuve va, me semble-t-il, bien au-delà du seul usage de leur « capital culturel et social »³⁰⁷, certes indispensable. Elle donne une

³⁰⁴ Souligné par l'auteur de la lettre.

³⁰⁵ Ville-Evrard. Dossier médical. B213. N°33939. Clémentine R. 46 an s, mariée. Placée volontaire le 30 novembre 1906. Sortie « avant guérison », le 9 mars 1907. (Déjà vu)

³⁰⁶ Cf. Imprimés en annexe.

idée de la ténacité et de la force qui les animaient avec la conviction que c'était possible d'en sortir. D'où tenaient-ils cette conviction ? Les asiles étaient, on l'a vu, l'objet d'une critique sociale importante, et les familles constataient elles-mêmes ces conditions de vie éprouvantes et à quel point leur parente y était malheureuse. La réputation de clôture hermétique de ces asiles était-elle aussi installée que celle que nous avons acquise ? A ce stade je n'ai pas réussi à éclaircir cette question. Peut-être cette conviction se forgeait-elle au contact des familles qui avaient obtenu gain de cause. On peut aussi évoquer dans ce type de circonstance la force du « désir » pour rendre compte de cette volonté qui s'oppose au raisonnable et parvient à s'imposer malgré tout. On assiste donc ici à quelque chose qui est à la fois individuel, au sens où la démarche est initiée par une personne, mais dont on perçoit que ses *capacités d'action*³⁰⁸ se sont formées et se ressource probablement au contact de nouveaux groupes d'appartenance rencontrés dans le cadre de l'expérience de la maladie et de l'asile.

Des pratiques qui tendent à être de plus en plus reconnues

Ce que soulignent en tout cas ces sorties, et les processus mis en œuvre pour les obtenir, c'est l'importance des sorties améliorées, qui sont à la fois plus nombreuses que les sorties guéries, et objet de négociations qui dépassent largement le cadre strictement médical. Espace où l'appréciation, l'acceptation d'une autre représentation de la normalité, du pathologique et de la guérison, s'élaboraient nécessairement, pour les familles et les médecins, au plus près des situations concrètes permettant la recherche de compromis acceptables pour cette sortie, souvent demandée par les intéressées elles-mêmes. Remaniements non observables, qui devaient toucher d'autres « façons de faire », dans l'acceptation de cet état amélioré qui entraînait aussi d'autres « façons de vivre » avec leur parente.

Les stratégies ici décrites, ces pratiques de négociation commencent à être mieux connues avec les études récentes qui s'attachent à analyser les pratiques institutionnelles, c'est à dire celles des familles, des asiles et des administrations locales. C'est ce que souligne Anatole Le Bras au sujet du pouvoir grandissant des familles dans le processus de sortie, à l'asile de Quimper entre 1850 et 1900. Pour lui, dans les dernières années du XIX^e siècle, le

³⁰⁷ BOURDIEU Pierre. *La distinction : Critique sociale du jugement*, Editions de Minuit. 1979. 670p.

³⁰⁸ DODIER Nicolas. « Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique. » *Réseaux*. 1993. Vol 11. N°62. p.63-85

fait de négocier le statut d'interné, et surtout les sorties, n'était plus un phénomène marginal.³⁰⁹

L'importance que l'on peut reconnaître à ces façons de sortir, appuyées sur de réelles stratégies, questionne sur ce qu'il en était pour une grande partie de la population asilaire qui ne disposait ni de ressources familiales, ni surtout de la capacité et de la détermination qu'il fallait pour obtenir ou simplement permettre une sortie de l'asile.

Les femmes internées tentent également de faire entendre leur voix

Aucune de ces femmes n'a demandé à entrer à l'asile, et les décisions sont ici, encore plus qu'ailleurs, prises pour elles. Par contre nombre d'entre elles demandent à sortir, soit à leurs familles lors des visites ou par courrier³¹⁰, mais aussi directement auprès des médecins, du directeur de l'asile et parfois en saisissant la justice, ou par leurs actes.

« Elle dit qu'elle veut s'en aller et que si on ne la laisse pas partir, elle brisera tous les carreaux de vitre (...) Ce matin, a pris une forte colère, s'est révoltée contre les gardiennes, a cassé deux carreaux de vitre, elle s'est battue avec M. Cette malade devient méchante. » Est sortie deux mois plus tard « calme, docile, avec une amélioration satisfaisante pour la rendre à son mari qui la réclame. »³¹¹

« Vous avez dans votre asile madame R. depuis plus de deux mois, nous allons la voir et nous ne savons pas s'il y a un mieux car on ne nous dit rien. Voudriez vous monsieur avoir l'obligeance de nous répondre sur son état et pensez vous qu'elle guérira bientôt, car elle n'a qu'une idée fixe et elle sait que nous dire de l'emmener car elle veut partir avec nous (...) Et quelques semaines plus tard : « elle nous demande si souvent de l'emmener ! ». Cette femme va sortir finalement à l'essai.³¹²

La lettre suivante trouvée dans un dossier n'a pas dû arriver à son destinataire :

³⁰⁹ LE BRAS Anatole. *Négocier l'internement. Les aliénés du Finistère entre familles, autorités et médecins (Asile saint Athanase, 1850-1900)*. Master d'histoire, Institut d'études politiques de Paris, Ecole doctorale de Sciences PO. 2014. 252 p. page 149. Cet asile était réservé aux hommes.

³¹⁰ Courriers que sauf exception, pour censure, on ne trouve pas dans les dossiers, mais dont les familles font état lorsqu'elles écrivent au médecin ou au directeur de l'asile.

³¹¹ Montfavet. R24. N°1957. Adeline D. 24 ans, mariée, placement volontaire. Entrée le 25 juillet 1905. Sortie améliorée le 15 novembre 1905. Améliorée. Connaitra un deuxième séjour en 1912, avec une sortie « bien améliorée »

³¹² Le Vinatier. Q939. n°18216. Claudine G.

Mon bien cher papa

Je suis toujours ici dans l'attente qu'on vienne me chercher. Je serais heureuse de partir pour la fin du mois de septembre ou bien alors dans les premiers jours d'octobre. Je suis toujours là, il nous est impossible de sortir seule. Il nous faut attendre que nos parents viennent nous chercher. On ne nous laisse pas partir sans ça. Je compte sur votre bonté pour m'emmener bientôt. Je termine en vous embrassant bien tendrement sur la bouche. Votre fille qui vous aime pour la vie.

Fernande³¹³

A Maison-Blanche, les malades se plaignent de ne pouvoir rencontrer le médecin et on a quelques exemples de lettres insistantes et répétées pour « être appelée » à son bureau. Aucune autre solution que d'écrire elles-mêmes, pour celles qui le peuvent³¹⁴, et autant de fois que nécessaire :

Monsieur le Docteur

Ne pouvant pas du tout vous voir, je me permets de vous écrire une troisième fois comme je vous avais déjà écrit deux lettres et que je n'ai reçu aucune réponse. Je vous envoie encore ces deux mots pour vous demander ma sortie car voilà déjà trois semaines que vous me l'aviez promise et comme je ne veux pas passer le mois de décembre ici je veux absolument en sortir. (...). Alors Monsieur le Docteur j'attends de vous tout de suite une réponse, comme ces dames ferment les portes tout de suite que vous êtes rentré au bureau ne pouvant vous parler j'attends de suite ma réponse. Veuillez agréer mes sincères salutations.

M. O. Maison Blanche. 3e section, 4e quartier³¹⁵

Monsieur le Docteur

Je vous écris cette lettre pour venir vous demander ma sortie pour dimanche 28 juillet. Il y a quinze jours lorsque vous m'avez fait appeler à votre bureau, vous m'avez dit d'attendre jusqu'à la fin du mois. Ainsi Mr Le Docteur, veuillez avoir la bonté de vouloir bien me donner une bonne réponse car je vous dirais qu'à présent je suis bien rétablie, mon père a besoin de moi, chez nous il serait bien content de me voir rentrer le plus tôt possible. Rien de plus à vous dire. Recevez Mr mes salutations les plus respectueuses.

Melle O³¹⁶.

Et encore une lettre qui survient, d'après son auteur, à la suite de nombreuses démarches.

³¹³ Maison-Blanche. Boîte de dossiers, D4X31057. V. Fernande. N° 140697. Cette lettre n'a jamais été envoyée puisqu'elle est retenue ainsi que deux autres dans le dossier administratif. 33 ans, célibataire, domestique, entrée le 3 juillet 1909. Transférée à Bégard (C. du N.) le 12 juin 1911.

³¹⁴ En 1903, dans les asiles de la Seine, le niveau d'instruction des femmes internées est estimé de la façon suivante : « Sait lire : 5%, sait lire et écrire : 65%, niveau plus élevé 7%, aucune instruction : 11% ». Rapport annuel des asiles de la Seine, Tableau 4.

³¹⁵ Maison-Blanche. Dossier D4X31058. N°146170. Rose Eugénie O. 48 ans, cuisinière. Entrée le 18 novembre 1910, sortie le 22 janvier 1912. Certificat de sortie : « Entrée pour excitation maniaque, est très notablement améliorée, et peut être rendue à la liberté ».

³¹⁶ Maison-Blanche. D4X31058. N° 151631. Marie Valérie O. 30 ans, célibataire, couturière. Placée volontaire le 23 mars 1912. Sortie guérie, rendu e à son père le 28 juillet 1912. Entrée à la suite d'une tentative de suicide, en avalant un verre de pétrole.

Monsieur le Directeur.

Excusez, Monsieur le Directeur, la liberté que je me permets de vous envoyer ces quelques mots. J'ai plusieurs fois demandé ma sortie à Monsieur Trénel sans pouvoir l'obtenir, ne sachant si c'est bien au Docteur à qui l'on doit s'adresser pour sortir de la Maison-Blanche où je suis injustement retenue sans être malade. Alors que j'ai mon chez moi et que je gagne largement ma vie au dehors et que je suis libre absolument de ma personne, puisque je n'ai jamais été à la charge de qui que ce soit pour vivre. Monsieur le Directeur comprendra très bien que n'ayant pas de visite ni d'argent je ne peux m'éterniser indéfiniment dans les privations de toutes sortes. J'ai toujours eu une bonne santé chez moi, mon travail l'a toujours prouvé. Ici je suis dans la peine et je souffre un régime contraire à mon tempérament. Je supplie Monsieur le Directeur de vouloir bien me faire sortir de la Maison Blanche le plus vite possible afin que je ne perde pas ma saison de travail ; ainsi que des effets que j'ai chez mon teinturier et du linge chez ma blanchisseuse. Veuillez m'excuser Monsieur le directeur d'être entrée dans ces détails n'y pouvant plus tenir ayant été élevée très religieusement dans ma famille et ne pouvant pas ici suivre mes habitudes religieuses. Dans l'espoir, Monsieur le Directeur, que vous voudrez bien faire bon accueil à ma lettre. Veuillez agréer je vous prie, Monsieur le Directeur, mon profond respect.

Melle B.³¹⁷

Ainsi, cette lettre qui est une démarche en elle-même, nous informe en même temps sur ce qui a déjà été tenté : demande rendez-vous et autres courriers. On imagine que l'insistance des malades exprimant leur ennui, leur volonté de sortir, leurs menaces, leurs capacités à travailler et gagner leur vie, ne peut pas ne pas avoir eu d'effets sur quelques-unes des décisions de sortie ; par contre il est difficile d'en mesurer le poids.

Pauvreté institutionnelle et domination des familles

Cinq femmes seulement sur les quatre cent soixante-quatre sorties, ont eu d'autres recours que la famille pour sécuriser leur sortie, avec l'assurance d'un logement et d'un minimum de prise en charge. Deux jeunes femmes, comme on l'a vu plus haut, sont sorties avec un emploi de domestique qui leur assurait des gages et un logement. Une ancienne religieuse a trouvé une place dans un hospice privé religieux. Une lingère de 68 ans, « qui voulait rester à l'asile parce que son grand âge ne lui permettait pas de gagner sa vie » a finalement été mise en liberté grâce à une bonne amie qui s'est engagée à l'accueillir.³¹⁸ Une

³¹⁷ Maison-Blanche. D4X350. N°137773. Marie Thérèse B. Deuxième dossier d'internement. 40 ans, Célibataire, couturière. Ses parents sont décédés, et sa sœur religieuse était intervenue pour faciliter sa sortie lors de son premier internement en 1905. Entrée le 9 avril 1908. Placée d'office. Les certificats font état « d'hallucinations (on agit sur elle par des inhalations) et de « délire de persécution ; elle se défend de ses persécuteurs avec un couteau ». Elle écrit de nombreux courriers pour dénoncer son internement injuste. Transférée à Moisselles le 16 avril 1909.

³¹⁸ Le Vinatier. Q945. N°12180. Marie Victorine G. 68 ans lingère, veuve. Entrée le 26 septembre 1903, sortie mise en liberté, le 30 novembre 1903. Affaiblissement intellectuel sans délire. Les suivis notaient qu'elle pourrait « être mise en liberté, si quelqu'un acceptait de s'occuper d'elle. »

jeune femme a été acceptée et logée dans une association, « ouvroir » de soutien aux femmes, le temps de chercher un travail.

*23 juillet 1907. La Supérieure Sœur Louis Antoine à Monsieur le Docteur
Je veux bien accepter vos deux malades à condition qu'elles ne soient pas dangereuses ni pour elles, ni pour nous. Notre maison n'est pas une maison de malades mais de convalescence où des aliénées indigentes du département de la Seine y passent quelques jours à leur sortie de l'asile en attendant qu'elles puissent trouver un emploi.*

*Veillez agréer, Monsieur le docteur, l'hommage de mon respect.*³¹⁹

Le compagnon de cette femme lui écrit un an après son internement :

*(...) Il ne faut plu compter sur moi (...) il mes impossible de prendre aucune responsabilité à ton égard (...) maintenant cher amie pour toi un dernier et bon conseil. Malgré tout ton malheur et ta situation a toi personnel je me permer de te prier de bien réfléchir tu est à labri de toute atinte de la vie, ces adire que tu as le droit de navoir aucun souci, tu est nourrie couchée et blanchie en un mot tout ce qu'il faut pour vivre, aucun souci du lendemain, le manque de liberté complète à ceci près. Réfléchis !*³²⁰

Ce rare courrier exprime très probablement la situation ressentie par un certain nombre de familles, parfois aussi par les médecins et peut-être par quelques internées, mais pas par celle à qui il fût adressé. Les préfets tentaient de s'opposer à ce type de pis-aller en incitant les asiles à rechercher des solutions ailleurs.

Hors l'asile et la famille, quelques hospices accueillaien des infirmes et vieillards mais jusqu'en 1905, leur prise en charge financière n'était pas prévue³²¹. On y redoutait la présence d'éléments incontrôlables venant de l'asile qui perturbaient les salles communes et les dortoirs. De rares initiatives privées se sont développées à la suite de celle de J.P. Falret, l'un des premiers aliénistes à s'être intéressé aux conditions de sortie des malades ; il avait créé un foyer pour les femmes sans ressources à leur sortie de la Salpêtrière³²². Sociétés de patronage et maison-ouvroir disposaient de quelques places pour éviter de mettre à la rue les personnes sans ressources, sans logement, sans travail, le temps qu'elles trouvent à « se placer ». Ces maisons étaient très peu nombreuses et très sélectives. A l'asile clinique de

³¹⁹ Ville-Evrard. Dossier. DM214. N°33123. Marie Louise S. 58 ans, sans profession. Volontaire le 31 janvier 1906, placée par M. P, 44 ans. Maison-ouvroir de la rue du Théâtre à Grenelle, Paris.

³²⁰ Ville-Evrard. B214. N° 33123. Marie Louise S. 58 ans, divorcée, sans profession. Placée volontaire par son compagnon, le 31 janvier 1906, sortie avant guérison, le 29 juillet 1907.

³²¹ Loi d'assistance obligatoire du 14 juillet 1905, applicable à partir du 1^{er} juillet 1907, pour « Tout français, indigent, infirme, incurable ou âgé de 70 ans au moins, sur la proposition du Bureau d'assistance, par le Conseil municipal ». Les dépenses de l'assistance obligatoire sont à la charge des communes, avec la contribution des départements et de l'Etat

³²² Œuvre de patronage des aliénés, fondée par J.P. Falret, Baillarger et Métivié. Cette maison est devenue par la suite, avec les générations suivantes, la célèbre « Maison de santé du docteur Falret », à Vanves, maison de santé privée payante, fréquentée par la bourgeoisie venant de tout le territoire français, qui fait partie de notre échantillon.

Sainte Anne, le Dr Jouffroy était confronté à toutes les admissions et en particulier aux rechutes qui, pour lui, tenaient :

« aux conditions particulièrement fâcheuses dans lesquelles se trouvent les aliénés à leur sortie de l'asile ». (...) Entre l'asile fermé avec la surveillance étroite qui y règne et la vie libre dans une grande ville, avec toutes les occasions dangereuses que rencontre l'individu sans travail, la transition est trop brusque et c'est pourquoi nous réclamions, l'an dernier déjà, la création d'une maison de travail et de convalescence. »³²³

Il relança cette proposition dans d'autres occasions, en précisant le projet d'un « pavillon des convalescents et travailleurs, qui serait situé en dehors des quartiers, avec des travailleurs inoffensifs et tous les malades sur le point de sortir, qui n'auraient dès lors aucun contact avec les malades des quartiers ».

Cette question est abordée à plusieurs reprises, en particulier par Paul Garnier, médecin chef de l'Infirmerie Spéciale au dépôt de la Préfecture de Police de Paris.

« A notre époque, cet abandon de l'aliéné convalescent ne devrait pas être constaté (...) et il conviendrait que les administrations publiques et l'initiative privée prêtent de l'aide aux malheureux qui viennent de subir cette immense infortune de perdre la raison » et demandent à reprendre leur place dans la société ... » « C'est un faible qui a le droit à toute notre protection. »³²⁴

Déclarations qui vont mettre longtemps encore à trouver les financements et les formes de leur mise en œuvre.

Dans ce désert institutionnel, familles et asiles étaient donc les deux seules institutions, en face à face, pour assurer la sortie et les conditions de vie à la sortie de l'asile. En dehors d'elles, ni solution ni espoir pour celles qui « pourraient sortir si quelqu'un acceptait de s'occuper d'elles ».

Configuration des jeux d'acteurs dans les différentes formes de décision de sortie

Il apparaîtrait dans cette analyse qu'il n'y avait pas de sortie « sèche » de l'asile, pas de sortie sans un minimum de préparation, d'échanges. Le minimum était requis par la loi de 1838, qui obligeait les directions des établissements à donner « dans les vingt-quatre heures, aux fonctionnaires » le nom et la résidence des personnes qui ont retiré le malade. Il semble que cet article (*art.15*) prévu dans le cadre des placements volontaires, soit devenu une

³²³ Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op.cit. Année 1900. P.71-85. Et 1905, page 64.

³²⁴ GARNIER Paul Dr. *L'internement des aliénés. Thérapeutique et législation*. Par le Dr Paul Garnier. Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police de Paris. Expert près les tribunaux. Paris Rueff Editeurs, 1898. 247 pages. P.96-97.

pratique d'usage pour l'ensemble des sorties. Une centaine de sorties (à peine 10%) échappe à cette précision, soit du fait d'une « mise en liberté », soit que la mention de la personne ne soit pas renseignée dans le Registre des Lois. Ce qui ne signifie pas qu'elle ne soit pas renseignée ailleurs, dans le dossier ou dans un document envoyé au préfet.

Ainsi la sortie apparaît comme le résultat d'un processus d'interactions et de négociations, et d'ajustements successifs, avec tout son lot de discussions, de changements de position, de rapports de force. Dans les exemples précédents, on a pu observer des configurations différentes où les différents acteurs, médecins, familles, malades et préfets ont mené un travail de *composition nécessaire*³²⁵ pour élaborer cette décision et les modalités de la sortie d'asile. Selon les statuts de l'internée, majeure ou mineure, célibataire, veuve ou mariée, de son mode de placement, volontaire ou d'office, de son état de santé et de ses ressources, le jeu des tiers (les familles) et les positions des médecins vont s'articuler de façon différente. Le médecin est toujours décideur, sauf dans quelques cas de sorties malgré son avis, pour des placées volontaires, comme le prévoit la loi de 1838³²⁶. Mais cette décision est sollicitée, objet de discussion, voire de pressions dans certains cas. On peut ainsi faire un premier résumé du jeu des acteurs, des postures différentes selon les circonstances et les statuts de la personne internée avec leurs effets dans le processus de sortie :

- Qu'il s'agisse d'imposer la sortie, d'en prendre l'initiative, de la proposer, de la différer ou de la refuser, l'autorité médicale et institutionnelle s'imposait à l'internée et aux familles. Des échanges avaient lieu pour mettre au point la sortie. Ce type de cas concerne les sorties guéries et des refus de sortie dans le cadre du placement d'office.
- Les familles sollicitent et insistent pour obtenir les sorties. Les échanges avec le médecin permettent d'ajuster leurs appréciations sur l'état « d'amélioration » et l'opportunité de la sortie possible et de ses délais. Le médecin accorde et « signe la sortie ». C'est le cas de nombre de sorties guéries, de la majorité des sorties améliorées pour les placées volontaires ainsi que des sorties en congé pour les placées d'office.

³²⁵ DODIER Nicolas. Transformations des langages et du travail critique des sciences sociales. Quelques propositions à partir de l'exemple des questions médicales. *Raisons politiques*. 2014/3 (N°55) p.7-46.

³²⁶ S'il considérait la personne comme étant dans un état mental qui pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il avait la possibilité de faire intervenir le maire, puis le préfet pour en empêcher la sortie. (art.14).

- La demande des familles et le statut du placement volontaire autorisaient les familles à imposer leur décision, y compris malgré l'avis réservé du médecin. Cela se produisait au terme d'échanges avec les médecins qui exigeaient alors une demande écrite de la famille et signaient ensuite la sortie. C'est le cas d'un certain nombre de sorties améliorées pour des placées volontaires.
- En l'absence de lien familial ou du positionnement des familles, et compte tenu du fait que quelques femmes majeures et placées d'office, demandaient leur sortie, celle-ci était décidée par le médecin, considérant que la personne était guérie ou suffisamment améliorée pour « sortir seule » ou être mise en « liberté ». Médecin, institution et administration prenaient cette décision, non sans avoir auparavant tenté de mobiliser les familles ou un employeur (comme on l'a vu). Ils se fondaient alors sur la demande et les perspectives exprimées par la patiente elle-même, sans lesquelles il serait difficile de considérer cette femme comme capable de se prendre en charge elle-même. Ainsi l'absence d'affichage ne veut pas dire qu'il n'y ait pas eu d'échanges.

Il y a une centaine de cas, dont 34 remis *En liberté* et 64 sorties *sans renseignements* sur le Registre des Lois. On note que 60% d'entre eux concernent des sorties guéries, ainsi que des placements d'office. Particularité d'une politique d'un asile ou façon de remplir les Registres, les deux asiles de la Seine renseignent toujours le nom de la personne, Montfavet n'utilise jamais « la mise en « liberté » et l'asile du Vinatier remet en liberté les personnes dites guéries, et laisse nombre de cas sans renseignements... Peu de conclusions à tirer de ce petit tableau, sauf à se rappeler que cette obligation faite au médecin d'écrire et de remplir ces données sur le registre des Lois pour les placements volontaires, va être pratiquée avec dans chaque asile des nuances dans les façons de faire et d'écrire.

Les « bénéficiaires » et les « perdantes » du système

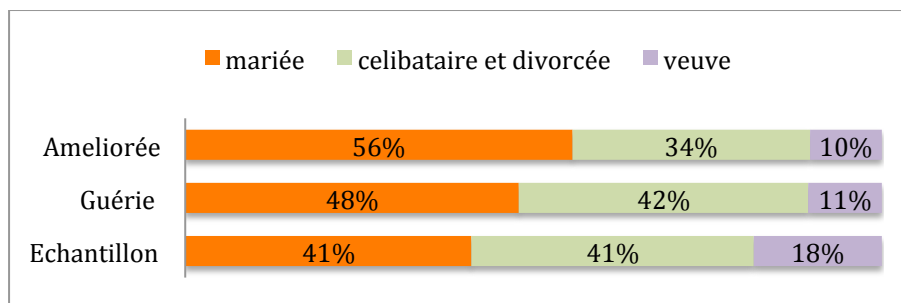
Du point de vue des carrières, il est intéressant de voir quelles femmes bénéficiaient de ces soutiens pour sortir « guéries » ou « améliorées » pendant leur première année d'asile.

Elles se répartissent de façon égale sur les quatre classes d'âge, en cohérence complète avec la composition de l'échantillon.

C'est avec leur état civil que des différences apparaissent. Comme le montre le graphique suivant, les femmes mariées apparaissent plus « favorisées » : elles représentaient

41% de l'échantillon total, mais 48% des guéries de la première année et 56% des sorties améliorées de cette même première année. Elles apparaissent donc bénéficier plus largement de ces sorties.

Figure 26 - Etat civil des femmes sorties améliorées et guéries dans la première année d'internement



Les effectifs de calcul : 1189 femmes pour l'échantillon de départ, 143 femmes pour les sorties guéries et 234 pour les sorties améliorées

Les veuves sont un peu moins concernées par ce type de sortie.

Les célibataires et divorcées sortent guéries dans les mêmes proportions que leur représentation dans l'échantillon (41% - 42%), mais elles sont un peu moins représentées dans le cadre des sorties améliorées (34%).

Mais à qui donc ces femmes sont-elles remises à leur sortie, qui les attend et les emmène ? Le tableau suivant en donne une idée.

Tableau 27 - A qui sont remises les femmes à leur sortie de l'asile

	Améliorées	Guéries
Famille, parents, enfants, sœurs...	47,1%	31,6%
Mari	35,8%	31,5%
Liberté	3,4%	13,7%
Ami autre	4,1%	1,2%
Non renseigné	9,5%	22%
Total	100%	100%

Les pourcentages ont été calculés sur les 293 sorties améliorées et 168 sorties guéries de la totalité de l'échantillon (et non pas sur la seule première année)

La « remise » aux familles est plus souvent mentionnée pour les sorties améliorées, alors que les sorties « en liberté » ou sans nommer l'accompagnateur sont nettement plus importantes dans le cadre des sorties guéries. Les maris sont là dans des proportions

comparables dans les deux cas. Ainsi 83% des sorties améliorées sont organisées avec un membre de la famille ou le mari contre 63% pour les sorties guéries.

Une autre différence significative apparaît entre les placées volontaires et d'office. Les placées volontaires représentent en effet 48% des sorties améliorées, alors qu'elles sont 31% dans l'échantillon. Patricia Prestwich, en 2003³²⁷, avait déjà mis en lumière ce phénomène à l'asile Sainte-Anne, concernant les placés volontaires, tant hommes que femmes, dont le taux de sortie était supérieur (64%) comparé à celui des placés d'office (48%). Elle souligne que les femmes réclamaient leur mari ou leur fils pour leur travail et leur salaire, et les hommes réclamaient leurs épouses pour qu'elles s'occupent des enfants et de la maison. (ma trad.) Ce résultat, en référence avec le statut « souverain » de décideur de la sortie pour les placements volontaires, vient souligner leur rôle essentiel dans les processus de sortie de l'asile.

4. Les transférées de la première année

Pour cette première année, les deux asiles de la Seine ont transféré 133 personnes, contre 23 pour les asiles des départements.

Il existait quatre types de transferts bien différents, selon qu'ils étaient individuels ou collectifs, décidés par les directions des asiles et donc subis par les malades et leurs familles et enfin ceux qui étaient demandés par les familles.

1° Les transferts « individuels » étaient organisés et décidés par les asiles et les préfectures des départements.

A l'arrivée des nouvelles patientes placées d'office et donc à la charge du département, ce dernier s'assurait aussitôt que la personne résidait bien dans sa commune depuis au moins deux ans³²⁸. Sinon, il cherchait à « transférer » ces personnes dans leur département ou leur pays d'origine pour les femmes étrangères, afin qu'elles soient prises en charge physiquement et financièrement par ces administrations. Tous les transferts des deux asiles de province (soit les 23 recensés³²⁹) appartiennent à cette catégorie. Il est très difficile d'évaluer ceux des asiles de la Seine (une vingtaine environ) à partir des Registres de la Loi

³²⁷ PRESTWICH, Patricia. « Family strategies and medical power : voluntary commital in Parisan Asylum 1876-1914 ». In Porter, Roy Wright, David (ed). *The confinement of the insane : international perspectives, 1800-1965*. Cambridge University Press, 2003, p. 79-99

³²⁸ Il faut avoir habité deux années dans la ville pour être pris en charge. Le cas échéant, c'est le domicile de secours qui est recherché pour cette prise en charge.

³²⁹ Au Vinatier le nombre plus élevé de transferts individuels comprend des transferts vers la « clinique », sans autre précision. Il s'agit probablement de malades hospitalisées.

car ils se confondent souvent avec les transferts collectifs en province. Il y a eu six rapatriements dans des pays étrangers.

Le cas suivant illustre bien l'angoisse des parents de cette jeune fille de 18 ans, originaire de Blanzay en Saône-et-Loire, domestique à Paris, internée d'office en avril 1909, transférée en deux mois à l'asile de Bourg-en-Bresse dans l'Ain, malgré les démarches et courriers de ses parents³³⁰ qui souhaitaient d'abord l'emmener chez eux :

Elle est internée en avril 1909. Les certificats à l'entrée (préfecture de police, service d'admission à Sainte Anne et Maison-Blanche) vont dans le même sens autour des termes suivants : « Délire mélancolique, confusion mentale avec idées de culpabilité, idées de persécution, plaintes, gémissements, anxiété, refus d'aliments, insomnie, tendances au suicide. Légères contusions, hallucinations probables de l'ouïe. »³³¹

- Au mois de mai ont lieu des échanges de courriers entre les parents, le père et la mère³³², et le médecin de l'asile. Les parents : « *Nous sommes dans la plus grande désolation nous avons aucune nouvelle, je vient vous implorer de vouloir bien avoir la bonté, de nous donner de ses nouvelles, je join un timbre*³³³. Puis cinq jours plus tard : « ... je n'ait reçu aucune réponses et vous comprenait mon aboie. Or Monsieur j'ai prie la résolution de vous récrire pour connaître son état réel et en même temp si je puis me rendre à l'asile a son chevet si vous ny voyais aucun inconvéniant et si toute fois elle allez un peut mieux je l'ammenerait avec moi. » Suivent deux bulletins du médecin de l'asile : « *Elle présentait un état de confusion mentale avec des idées de culpabilité, hallucinations de l'ouïe et idées de suicide. Elle était tantôt très déprimée, tantôt excitée et s'alimentait difficilement. En ce moment elle est un peu moins délirante et s'alimente suffisamment. Vous pouvez venir la voir quand vous voudrez.* ». Puis : « *la journée d'hier a été un peu meilleure. La malade a bien mangé et pris du lait et des œufs. Elle est un peu moins excitée. Son état général laisse toujours à désirer* ».

A la fin du mois de mai les parents redemandent de la ramener : « *si depuis que j'ais été la voir elle a pris un peu mieux au cas où son serveaux serait plus lucide et qu'elle puisse supportée le voyage, nous irion la chercher.* » (...) *Je voudrai bien que vous éyier la bonté de me fixer une date pour aller chercher notre pauvre fille, comme étant dans l'impossibilité d'aller la chercher A nos frais il faut que notre commune écrive à la préfecture pour nous faire venire un permit cela demandera quelque jour. (...) sa male ou s'est vêtements son dedans et rester a la maison, sai tout enfermé je pense que cela va être périr par l'humidité, s'est pour cela que je voudrai que vous nous donniez notre fille le plutôt possible, maintenant monsieur je fai une petite lettre à ma fille pour lui demander des petite chose ».*

³³⁰ Courriers écrits par plusieurs mains, parents ou autres écrivains, tous en difficulté avec l'orthographe. Nous avons gardé les expressions telles qu'elles sont écrites dans ces courriers.

³³¹ En ce qui me concerne, devant un tel tableau, et compte tenu de son statut de jeune domestique isolée à Paris, je ne peux m'empêcher de penser, dans les termes actuels, à un « état de stress post-traumatique » suite à une éventuelle agression sexuelle...

³³² Impossible de savoir lesquels sont écrits directement par eux-mêmes ou par d'autres. Il y a plusieurs écrivains. L'orthographe des courriers est conservée.

³³³ Comme on l'a déjà précisé, les familles devaient joindre un timbre leur courrier pour recevoir une réponse de l'asile.

En juin, le médecin signe le certificat de transfert. Aux parents qui demandent toujours à venir chercher eux-mêmes leur fille, il répond: « *elle s'alimente cependant beaucoup mieux ; s'occupe un peu à la couture. L'état mental s'est également modifié un peu. La malade n'est pas agitée, n'est pas aussi terrifiée, mais conserve encore des idées délirantes et ne serait pas capable de vivre au dehors. Nous vous conseillons de demander à la préfecture son transfert dans un asile d'aliénés de votre département où vous pourrez venir la voir en attendant la guérison. Il me serait impossible en ce moment de proposer sa sortie* ».

Maria est visitée par une personne de la préfecture de police, qui cherche à savoir ce qui s'est passé chez ses patrons, mais apparemment cette personne n'obtient rien, ou n'écrit rien. Elle termine son rapport par : « *Cette malade est visitée par une amie seulement.* »

Fin juin, les parents ont appris que leur fille va être transférée à Bourg-en-Bresse, ils redemandent de la prendre quelques jours chez eux, persuadés que cela lui fera du bien. « *... par la lettre que notre fille nous a écrit qu'elle va beaucoup mieux, et elle réclame son retour à la maison à grand cri. N'ayant pas pris sa maladie chez nous, nous croyons que son séjour finira par la rétablir complètement. Encore une fois cher Monsieur, accordez à une mère la faveur de voir son enfant chez elle* ».

Juillet. Le transfert est organisé avec l'Asile Sainte Madeleine pour le 8 juillet. Les parents de la jeune fille envoient un dernier courrier :

Monsieur le Docteur en Chef de l'asile de maison Blanche. (sans date)

Monsieur,

Nous recevons une lettre de la préfecture de Paris par l'intermédiaire de Mr Bouverie ou on nous annonce que notre fille Maria S. va être transférée à l'asile de Bourg dans le département d'el'Ain. Cependant Mr poucoi transférée notre fille en cette dernière asiles puisque nous vous la réclamon depuis longtent non selement par lettre, mais nous avons été vous réclamé en personne nous vous avion dit Mr le Docteur qu'une fois chez nous si sa santé navais pas d'amélioration que nous aurions toutes les facilités pour la faire conduire à cette dernière asile, vous en n'avais décidée autrement, cela nous semble Bizard, surtout que nous avions pris toutes les responsabilités de son transfert à Blanzay et que nous lui en avons causé et ille ny avait aucun inconvénient a ce que vous nous la donniez encore une fois Mr votre décision a été inflexible, cependant Mr votre talent vous fais connaître la douleur d'un Père et d'une Mère, et vous avez été sans pitié, recevez Monsieur quand même nos sincères remerciement pour les soins que vous lui avez fait donner et nos meilleurs salutations³³⁴ ».

Je n'ai pas eu l'occasion de connaître d'autres dossiers aussi complets sur cette question. Celui-ci donne idée du choc ressenti par les parents éloignés de leur fille « placée à Paris », lorsqu'ils apprennent la nouvelle de son internement et qu'ensuite leurs démarches insistantes sont vouées à l'échec. On ne sait pas grand-chose de la jeune Maria, elle correspond avec ses parents et attend sûrement de les retrouver. Ces échanges révèlent aussi la détermination des asiles de la Seine à transférer très rapidement les ressortissantes d'autres

³³⁴ Maison-Blanche. D4X355. N17. N°139961. J'ai retrouvé sa trace aux archives de Bourg en Bresse. Elle est sortie « guérie » le 31 août 1909.

départements. Il est probable que d'autres jeunes domestiques aient connu le même sort. Parmi les cinquante-trois domestiques internées à Ville-Evrard et Maison-Blanche, plutôt jeunes et majoritairement célibataires, la moitié sera transférée, soit individuellement comme cette jeune fille, soit lors de transferts collectifs.

2° D'autres *transferts individuels ont eu lieu à la demande de parents* qui souhaitaient un rapprochement géographique. Ils ont été peu nombreux, sauf à Paris où un ballet de translations entre les asiles de la Seine a eu lieu dès les premiers mois à l'initiative de parents désireux d'obtenir une place dans un asile plus prestigieux ou plus proche. Ces malades étaient alors renvoyées au service des admissions de l'Asile clinique de Sainte Anne ou bien dirigées directement dans un autre asile. Ce type de transfert était en majorité demandé par les familles de placées volontaires qui entendaient avoir leur mot à dire dans le choix de l'asile. (Il y en eut 29 cette première année, dans notre échantillon).

3° Les asiles de la Seine ont créé en 1892 une *colonie familiale* à Dun-sur-Auron et, en 1905, un nouvel asile pour « malades tranquilles » à Moisselles.³³⁵ Les malades y étaient transférées sur décision du médecin et du préfet. Les critères de sélection étaient relativement clairs aux yeux des médecins des asiles de la Seine. Le Dr Dupain les résume dans son rapport annuel en 1903 :

« Il est nécessaire de choisir avec beaucoup de soins les malades que l'on propose d'envoyer dans les colonies familiales. Il faut réunir en quelque sorte une sélection d'aliénées. Depuis la suppression de la limite d'âge, il est possible de faire bénéficier du traitement familial un certain nombre de faibles d'esprit qui ont besoin d'une surveillance médicale et qui surtout ont besoin de savoir qu'elles sont surveillées et protégées par un médecin. Si donc en principe, toutes les malades, quelle que soit la forme mentale de leur aliénation, sont susceptibles d'être transférées, encore est-il bon d'un point de vue budgétaire de désigner les formes mentales incurables ou présumées telles, ou tout au moins les chroniques.»³³⁶

Vingt et une femmes ont été transférées dans ces deux asiles éloignés de Paris, dont quinze à Dun-sur-Auron.³³⁷

4° La particularité des transferts parisiens réside dans *les transferts dits « collectifs »* dans les asiles de province sous contrat. Soixante-dix personnes (la moitié des transferts de

³³⁵ A Dun-sur-Auron les malades habitent chez des familles nourricières, parfois travaillent et circulent plus librement. Un centre médical avec une infirmerie et une section des gâteuses, et un médecin qui assure le suivi des 900 malades. Les familles nourricières reçoivent une compensation financière. Le prix de journée dans la colonie de Dun-sur-Auron se situe autour de 1frs 40, contre un peu plus de 3frs dans les asiles parisiens.

³³⁶ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op. cit. Année 1903. Hôpital de Vaucluse.*

³³⁷ Cf. Avis de transfert en annexe.

cette première année) ont ainsi été réparties dans dix asiles³³⁸. Ces transferts étaient organisés chaque année par la direction des asiles, à la fois pour « désencombrer les sections » et pour tirer profit du moindre prix négocié avec ces asiles. Les malades des divers asiles parisiens étaient regroupées sur un point de départ commun et transférées ensemble, par train et sous surveillance. Les médecins transmettaient au préfet une liste de malades considérées comme incurables et transférables, celui-ci en arrêtait la liste définitive, puis le directeur de l'asile avisait directement les familles de cette décision :

« Par suite de l'encombrement des Asiles d'aliénés de la Seine, l'Administration est dans la nécessité de transférer un certain nombre de malades dans les asiles de province. Conformément aux instructions de M. le Préfet de la Seine, Madame S ... sera dirigée le ... sur l'Asile de xx...

En vous avisant de cette décision, je crois utile d'ajouter que vous pourrez avoir régulièrement des nouvelles de Mme S. soit en vous adressant au service des Aliénés, annexe Est de l'Hôtel de ville, 2 rue Lobau, soit en écrivant à la Direction de l'Asile de xx.

Signé . Le Directeur

Note en bas de page : Pour les réclamations relatives aux transfèvements, s'adresser aux Service des Aliénés, annexe Est de l'Hôtel de ville, 2 rue Lobau, à Paris. »³³⁹

A Villejuif, le médecin chef, Edouard Toulouse, note que sur ses cent propositions de transfert, soixante-quinze ont été suivies d'effet. A Sainte-Anne, Charles Vallon se plaint que ses propositions soient si peu suivies d'effet : « Sous quelles influences se sont faites ces radiations ? Il ne m'appartient pas de le rechercher. Tout ce que je puis dire, c'est que j'ai parfois entendu désigner l'asile clinique sous le nom très *suggestif d'hôtellerie des recommandés.* »³⁴⁰

Pour les médecins, les critères de choix étaient médicaux. Mais il n'est pas anodin que les femmes transférées dans ces conditions soient en proportion plus importante parmi les placées d'office (82% contre 68% dans l'effectif de l'échantillon). De plus, les femmes célibataires et veuves constituent 74% des effectifs transférés, alors qu'elles ne sont que 60% dans l'échantillon. Autant de signaux qui laissent à penser que cet éloignement vient frapper une population sans doute plus fragile, vulnérable, plus isolée et « sans défense » qui, aux yeux des décideurs, pouvait constituer en priorité les premiers convois. Les enquêtes des préfets auprès des asiles portant sur les malades posaient toujours la question de savoir « *si cette personne est visitée et par qui* ».

³³⁸ Albi (Tarn), Bégard (Côtes du Nord), Bourg-en-Bresse (Ain), Clermont, (Oise), La Charité (Nièvre), Pierrefeu (Var), Saint Lô (Manche), Saint Lizier (Ariège), Saint Ylié (Jura), Saint Yon (Seine Inférieure).

³³⁹ Cf. Copie de l'imprimé en annexe.

³⁴⁰ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op. cit.* Année 1900. Montévrain. Pp. 81-86.

Ces transferts étaient redoutés par les malades et par un certain nombre de familles qui contestaient cette décision, et parfois tentaient d'y résister, comme cette femme qui va obtenir sa sortie, « suffisamment améliorée pour être rendue à son mari MR G., qui la réclame d'autant plus instamment qu'elle doit être transférée en province et qu'elle parle de se tuer si on l'emmène si loin. »³⁴¹

Le risque de connaître une carrière de « transférée » dans un asile lointain était bien une particularité des asiles de la Seine.

5. Les formes de maladie, quelle incidence sur la première année

Il est habituel de lire que, même si les facteurs sociaux sont essentiels, les maladies sont, comme le dit A. Le Bras, « sans conteste, les premiers déterminants de la sortie »³⁴² ou du maintien à l'asile. Nous venons quant à nous de voir que l'intervention des familles et la politique de gestion des asiles jouaient un rôle non négligeable dans les prises de décision de cette première année. L'idée est ici de repérer si, et comment, les formes de maladie ont un effet repérable sur les mouvements de sortie et de décès de cette première année, et de commencer à comprendre comment se combinent le « biologico-médical » et le « culturel et social ».

Près de la moitié (47%) des 116 personnes admises pour « affaiblissement ou démence sénile » est décédée dans l'année qui a suivi leur entrée. Il en est de même pour celles qui étaient atteintes de démence organique. Elles faisaient toutes partie des malades les plus âgées. La paralysie générale présente également un des taux de décès parmi les plus élevés et ceci dès la première année.

Près de la moitié (47% à 50%) de celles qui étaient entrées pour « mélancolie », « état maniaque », « état confus » et « alcoolisme » sont sorties améliorées ou guéries.

Les premiers transferts se répartissent de façon non significative sur l'ensemble des maladies, à l'exception remarquable des dites « imbéciles » qui sont principalement visées.

Ainsi on voit se dessiner des relations plus marquées entre quelques formes de maladie et leurs conséquences en termes de sortie : décès rapides pour les femmes atteintes de démences sénile, de démences organique et de paralysie générale, et pour d'autres raisons plus politiques, décisions de transfert rapide des « incurables ». Les troubles puerpéraux

³⁴¹ Ville-Evrard.R119. N°34456. Clotilde B. Veuve (mais vivant à Mr G. nommé son mari). Entrée placée d'office, le 29 juin 1907 et sortie « améliorée » le 20 octobre 1907.

³⁴² LE BRAS Anatole, *op. cit.* p. 122.

marquent une différence notable en faveur de sorties guéries et améliorées. Il est intéressant de noter que pour d'autres formes de maladie, le déterminisme médical est moins marqué, les « choses » paraissent pour le moment « ouvertes ». C'est probablement sur ces formes-là que s'articulent au mieux à la fois des chances de guérison ou d'amélioration et l'influence des facteurs sociaux que nous avons vus à l'œuvre dans les stratégies de sorties et la politique des transferts. Cette analyse devra être poursuivie sur l'ensemble de l'échantillon.

Les traitements, l'amélioration et la guérison

Que le Registre des Lois ne nous donne aucune indication sur les traitements pratiqués est un fait acquis. La consultation de plus de deux cent dossiers confirme, s'il en était besoin, qu'ils ne comportent aucun écrit concernant la prescription des traitements, ni leurs effets. Le peu de connaissances que l'on en a, l'isolement, le traitement moral³⁴³, l'hydrothérapie, l'alitement³⁴⁴, l'alimentation forcée, les drogues médicinales calmantes... s'est élaborée ailleurs et par d'autres méthodes. Les notes médicales de cette époque, entièrement concentrées sur l'évolution des comportements et des symptômes n'en donnent aucune trace. C'est ce que confirme l'étude de Floride Mahieu sur la pharmacie d'un asile³⁴⁵. En étudiant les achats de la pharmacie (matériel et drogues), elle tente de dresser un panorama des traitements pratiqués. Elle note que les listes des produits achetés n'étaient jamais reliées aux traitements, que nombre d'entre eux avaient pour objet les soins de maladies « du corps » et en particulier les infections digestives et respiratoires très répandues du fait des mauvaises conditions d'hygiène des asiles, et que manifestement l'intérêt médical des aliénistes portait sur les symptômes et les comportements et non sur les traitements.

Deux exceptions à ce constat : une feuille de bains tenue par des surveillantes, qui a dû être oubliée dans un dossier ; elle mentionne un bain par jour d'une durée de quatre à dix heures pendant plus de deux mois³⁴⁶ (cf. copie en annexe). L'autre exception se trouve dans

³⁴³ Notion développée par Philippe PINEL (1745-1826) dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1799). Le traitement moral consiste à aider le malade à sortir des passions qui influencent son humeur, et s'appuie sur l'attitude du médecin face au malade. Cette conception est reprise par J.E. Esquirol (1722-1840). Pour lui le traitement moral comprend « tout ce qui pourra agir sur le cerveau, directement ou indirectement, et modifier notre être pensant, tout ce qui pourra dominer et diriger les passions ».

³⁴⁴ XIII^e CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE. Paris 2-9 août 1900. Comptes rendus. 17 volumes. Psychiatrie Volume 8. Masson 1901. La thérapeutique de l'alitement dans le traitement des formes aiguës de la folie est l'objet de la Troisième question de la section Psychiatrie de ce congrès. P.271-418.

³⁴⁵ MAHIEU Floride, *La pharmacie à l'asile de Sainte Gemmes sur Loire 1880 – 1906*. Mémoire de Master 2 en histoire contemporaine. Université de Tours. 2015 (non publié).

³⁴⁶ Maison-Blanche. Boîte de dossiers D4X31058. N°146170. Rose O. 48 ans, cuisinière, veuve, entrée le 18 novembre 1910, Rendue à la liberté le 28 janvier 1912.

un courrier du médecin de Montfavet à un de ses confrères médecin, qui plus est, « oncle » de la patiente dont il s'agit :

« 26 août B. à M. Le docteur S. à Cabosses

L'état mental de Melle S. ne s'améliore pas. Au contraire elle refuse actuellement toute nourriture et doit être depuis trois jours alimentée à la sonde. Il est impossible dans ces conditions de continuer le traitement par les capsules d'Apriol.

L'enveloppement par les draps mouillés n'a pas donné de résultats satisfaisants. »

Et dans un autre bulletin, toujours à son propos : « A plusieurs reprises nous avons prescrit pour favoriser le retour des règles, des médicaments qui jusqu'à présent sont restés sans résultats. Nous ferons d'autres tentatives en ce sens dès que la malade voudra bien absorber ce qu'on lui donne ». ³⁴⁷

Quoi qu'il en soit, à partir des documents d'archives consultés, nous restons sans connaître les traitements prescrits et réalisés dans ces quatre asiles, et ne trouvons aucun commentaire sur leur emploi, ni sur les effets éventuels constatés dans l'amélioration ou la guérison.

6. Les deux maisons de santé, vraiment différentes ?

Il est intéressant d'examiner les carrières de femmes internées dans ce type d'établissements qui recrute dans les milieux favorisés et, pour la Maison de Santé du Docteur Falret à Vanves, dans la bourgeoisie très aisée de Paris et de province. Le document publicitaire précise que l'attribution d'un domestique à chaque pensionnaire participait de « la réussite thérapeutique » de cet établissement ³⁴⁸. Tous les placements, à quelques exceptions près, étaient volontaires. Les deux ou trois placements décidés d'office ont fait l'objet d'une démarche des familles pour que ces femmes soient dirigées vers cette institution. Elles restaient sous l'autorité administrative qui a ordonné leur placement, mais bénéficiaient du confort, à la hauteur de la classe payante consentie pour elles par leurs mandants.

L'échantillon ne comporte que cent cinquante cas, quatre-vingt-dix à Vanves et cinquante à la Maison de Santé de Ville-Evrard ; il n'a donc pas la même solidité que le

³⁴⁷ Montfavet. R24.1910. Dossier. Marie M. 19 ans, célibataire, sans profession, placée volontaire. Entrée le 11 mai 1904. Sortie le 27 octobre 1904. Non guérie.

Ce dernier traitement, qui fait l'objet de polémiques actuellement, existait donc déjà. Les premières descriptions sont retrouvées en France en 1850 sous le nom « d'emmaillotement humide ». Il va ensuite disparaître et être utilisé à nouveau après la seconde guerre dans les cas de psychoses aiguës.

³⁴⁸ MOUTHON Jean Marie. *La Maison de santé de Vanves. Ses fondateurs, ses pensionnaires, son histoire. 1822-1932*. Diplôme de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes. 2013. 38 pages et annexe.

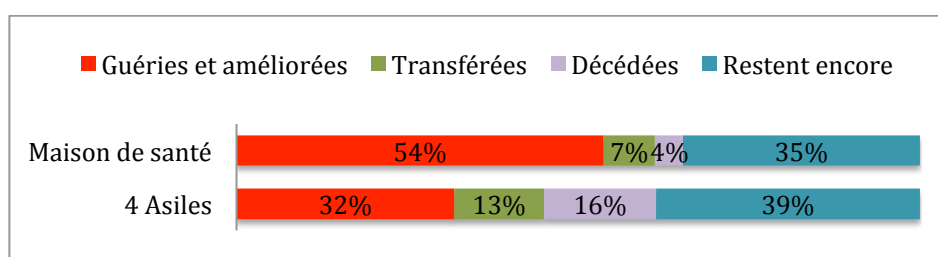
précédent. Les quelques différences ou similitudes remarquables sont néanmoins intéressantes dans le cadre des hypothèses à conforter ou vérifier ultérieurement.

On trouve pour la première année quatre-vingt-dix-sept sorties (évasion, guérison, amélioration, décès, transfert), soit un taux de sorties de 64% de l'effectif de l'échantillon, très proche du taux observé dans les asiles, qui était de 61%. Le pourcentage de femmes qui restent après une année est donc du même ordre dans ces deux maisons de santé (35%) que dans les quatre asiles observés.

Par contre, trois résultats retiennent l'attention par leur différence (cf. figure qui suit).

- Un taux de sorties améliorées et guéries nettement plus élevé dans les deux maisons de santé que dans les asiles : 54% contre 32%.
- Un taux de décès nettement plus faible en maison de santé : 4% contre 16% dans les asiles. On peut faire l'hypothèse que les femmes ici internées étaient et arrivaient en meilleure état de santé que celles qui étaient internées dans les asiles publics départementaux.
- Un taux de transferts également plus faible dans les maisons de santé : 7% contre 13%, qui est à mettre en relation avec le moindre transfèrement des placées volontaires des asiles.

Figure 27 - Comparaison entre l'échantillon des quatre asiles et celui des deux maisons de santé. Taux de sortie et de maintien à l'asile à l'issue de la première année



Les effectifs totaux sont de 147, pour les Maison de Santé, et de 1.189 pour l'échantillon Asiles

L'étude détaillée des sorties améliorées et guéries permet de relever le même type d'usage médical et social de ces deux termes que celui observé dans les asiles. Les guéries sont présentées comme nettement améliorées, guéries de leurs accès « maniaque » ou « mélancolique ». Et les sorties dites « améliorées », recouvrent des situations plus diverses avec, sans aucun doute, le rôle prédominant accordé à la volonté des familles.

- « Légèrement améliorée de l'état délirant qui avait déterminé son entrée pour retourner avec son fils. »

- « Grande amélioration, mais conservant des idées mystiques et de grandeur avec une conscience très imparfaite de sa situation, pour retourner avec son fils qui l'avait placée. »
- « Dans le même état de déséquilibration mentale avec préoccupations hypocondriaques, obsessions et impulsions multiples, pour retourner avec sa sœur qui l'avait placée. »

Il convient d'ajouter la présence des formules laconiques de celles qui sont « rendues » à leur famille, sans plus de détails.

Comme dans les asiles, les sorties améliorées (54) sont nettement plus nombreuses que les sorties guéries (24). Toutes deux sont également très encadrées par les familles et les maris. Certaines étaient emmenées « à la campagne » pour trouver le repos à leur sortie, ces conditions étant considérées par les familles et les médecins comme favorables à la consolidation de la guérison.

Le fait que l'on ne dispose pas de dossiers individuels pour Vanves ne permet pas de saisir les interactions entre les familles et les médecins, ni les interventions des malades. Il est difficile d'apprécier si la tonalité combative des familles s'exerce ici de la même façon vis-à-vis du médecin et du directeur. Par contre les commentaires de suivi sont assez étoffés et donnent une idée des signes d'amélioration ou de la persistance des symptômes de mois en mois.

« En juin : Mélancolie anxieuse avec préoccupations hypocondriaques, idées et tentatives graves de suicide et craintes imaginaires de tortures, crises de délire pendant lesquelles elle devient très violente et cherche à se faire du mal. Insomnie et refus partiel d'aliments. Juillet : même état. Août : un peu plus calme, mais toujours persuadée qu'on va la faire disparaître au milieu d'atroces douleurs. Septembre : nouvelles crises d'agitation... Octobre : Amélioration sensible de l'état général, les crises d'anxiété deviennent rares. Mademoiselle exprime le désir de revoir sa famille, de rentrer chez elle. »³⁴⁹

Et pour cet autre cas, avec les « bonnes »³⁵⁰

« Octobre : Même état (...) Madame frappe ses bonnes, cherche à les mordre, elle est malpropre, déchire et brise tout ce qui lui tombe sous la main, insomnie habituelle. Novembre : idem. Décembre : Amélioration rapide après le 15. Retrouve de la propreté et des sentiments de convenance, du calme et du sommeil ».

³⁴⁹ Vanves. R2.N°216. L. 30 ans, célibataire, sans profession, placée par son père, ancien magistrat, 71 ans,, le 11 juin 1906, sortie le 28 octobre 1906, « *notablement améliorée, mais conservant la plupart de ses idées de persécution pour retourner dans sa famille* ».

³⁵⁰ Vanves. R1.N°279. C. 33 ans, célibataire et rentière, placée par sa mère, rentière à Paris, le 9 septembre 1904 et sortie « guérie » le 3 janvier 1905. « *Guérie de son accès d'agitation maniaque à forme intermittente pour retourner dans sa famille* ».

L'analyse des destinations des onze transferts permet de constater qu'ils sont individuels et organisés avec les familles, vers d'autres maisons de santé privées, l'asile de Charenton, ou pour un rapprochement géographique.

Avec des maladies semblables, la mélancolie et les états maniaques en tête du tableau, mais moins de paralysie générale et d'états séniles que dans les asiles, ces deux établissements affichent une approche semblable des conditions de sortie, améliorées et guéries. Les durées de séjour y sont du même ordre, quoique légèrement plus faibles. Par contre le recrutement très aisé et bourgeois, une meilleure santé physique, des conditions de confort et les traitements individualisés signifient une autre vie quotidienne et parfois des styles de carrières qui semblent un peu plus ouverts pour celles qui sortent. Mais cela ne fait pas tout. Après une première année, 35% restent internées et vont entamer une deuxième année d'asile.

7. Conclusions de cette première année

Une première année décisive

Cette première année a été décisive, heureuse parfois, brutale pour certaines, désespérante pour d'autres, selon les types de carrières qui se sont profilés avec un certain contraste et une « certaine rapidité ». L'image dominante de l'asile dont « on ne sortait pas » et où l'on restait indéfiniment est en cours de remaniement.

Quatre orientations de carrières se sont dessinées pour chacune des 1.189 femmes de cet échantillon:

- Avec un décès que l'on peut qualifier de rapide pour 16% d'entre elles ;
- Une sortie de l'asile pour 32% qui sont dites : guéries, améliorées, dans le même état...
- Une orientation vers un autre asile, pour 13% de transférées ;
- Et le maintien à l'asile pour 39% de femmes qui ont survécu à cette première année.

Autrement dit, seules 32% sont vraiment sorties « vivantes » de l'asile. Pour les autres vivantes qui n'en sont pas sorties (52%), celle qui ont été transférées ou maintenues dans le même asile, leur carrière morale reste encore à préciser.

Les sorties améliorées, marges de manœuvre et stratégies

Les sorties améliorées (234) représentent à elles seules 32% des sorties de la première année ; elles sont nettement supérieures au nombre des sorties dites guéries, (143), soit 20%

des sorties de la première année. Ce mode de sortie était pratiqué depuis la création des asiles en tant que sortie « avant guérison », et repéré en tant que tel dans la statistique asilaire mais dans des proportions moindres. Il apparaît que l'existence de cette catégorie, son importance quantitative dans les quatre asiles et les processus de négociation qui se jouaient à leur rencontre, suggèrent que tout ne se jouait pas sur le seul plan médical, ni dans la seule sphère des aliénistes. Les interactions manifestes, nombreuses, suivies et variées, ont révélé de véritables stratégies tant des familles que des médecins et la mise en place de micro-organisations qui ont accompagné les sorties de l'asile. Ce fait social apporte un éclairage particulièrement intéressant sur un aspect peu connu du fonctionnement des asiles et des façons d'en sortir. Il apparaît que les questions soulevées par la folie et l'enfermement, celles de la normalité, de l'exclusion ou de l'acceptation sociale d'états *limites* étaient réévaluées au cas par cas dans chaque contexte particulier dès lors qu'il y avait des familles pour soutenir cette demande, ces discussions, avec des marges de manœuvre institutionnelles et une disponibilité des médecins pour ce faire.

Les réévaluations sont un phénomène assez courant et observable dans la vie quotidienne des malades et accidentés et de leurs proches. Lorsque l'on dit : « elle va mieux », l'évaluation du *mieux* se fait en référence, non pas à l'état antérieur à la maladie, au temps où elle allait *bien*, mais à l'état qui précède, la veille ou la période de crise où la personne était au plus mal... Il n'en reste pas moins que cette évaluation menée par les familles lors des visites ne concordait pas toujours avec celle des médecins. Par ailleurs on a vu dans des formules telles que : « dites-moi si elle peut guérir », une forme de croyance en une guérison possible sans pour autant annuler le fait qu'il pouvait ne pas y en avoir

Bien que nous n'ayons qu'une trace écrite partielle de ces interactions, le rôle des familles et des actions qu'elles engagent est particulièrement manifeste et décisif dans les processus de sortie. Les médecins sont également engagés dans ces interactions, dont ils prennent parfois l'initiative. L'évolution des conceptions médicales sur les états dits de folie, sur la notion de « guérison » des maladies mentales, la conscience des limites de la capacité des asiles à les favoriser, sont des sujets d'actualité de cette époque, et jouent certainement un rôle dans les discussions engagées avec les familles. Les directions des asiles et leur ministère de rattachement les y incitent également : « il convient d'abord, et d'urgence, de

faire sortir des asiles tous ceux qui pourraient ou qui devraient n'y être pas maintenus », est le mot d'ordre lancé par la circulaire dite Clemenceau en 1905³⁵¹.

Il apparaît ainsi que, malgré le cadre de la loi de 1838, mais aussi en s'appuyant sur cette loi, et dans le contexte culturel et social de cette période (1900-1914), il existait des marges de manœuvre à l'intérieur desquelles chacun pouvait faire exister et faire converger ses propres logiques dans un champ de négociations et de ré-évaluations possibles. Certes il s'agit de situations particulières mais leur l'existence dans ces quatre asiles est solidement établie par leur nombre et par les écrits qui en attestent.

Mais toutes n'en bénéficiaient pas. A l'issue de la première année, quatre cent soixante et une femmes, celles qui ont été transférées ou maintenues dans le même asile, soit près de 40% des admises, sont maintenues dans le même asile ou dans un autre, plus éloigné. On a pu voir à quel point les transférées des asiles de la Seine étaient l'objet et les victimes de politiques administratives, gestionnaires et autoritaires à l'intérieur desquelles, il n'y avait aucune marge de manœuvre, ou très peu. De plus, les femmes qui faisaient l'objet de ces transferts étaient sélectionnées en raison des faibles ressources de recours les concernant.

La poursuite de l'analyse sur les années qui suivent pour celles qui restent permettra de voir ce qu'il en est de ces processus observés la première année d'asile.

Le modelage social des carrières au cours de la première année

On a pu observer que les décès de la première année étaient probablement un signe de la misère physiologique et sociale de nombre de femmes arrivées à l'asile dans un état de santé très précaire. On a pressenti également que la sélection des transférées correspondait à des critères sociaux autant, si ce n'est plus, qu'aux critères médicaux affichés. Il est maintenant intéressant d'observer comment les caractéristiques d'âge et d'état civil, de profession et de type de placement se sont réparties sur les quatre orientations de carrière pendant cette première année.

Les âges à l'entrée, des différences notables en première lecture...

Pour permettre des comparaisons sur des groupes de taille plus réduits, nous avons réparti pour ce chapitre et les suivants, les tranches d'âge par quartiles, soit :

Q1 - Ages inférieurs à 33 ans, 26%

Q2 - De 33 ans à moins de 42 ans, 24%

³⁵¹ Cf. Annexe.

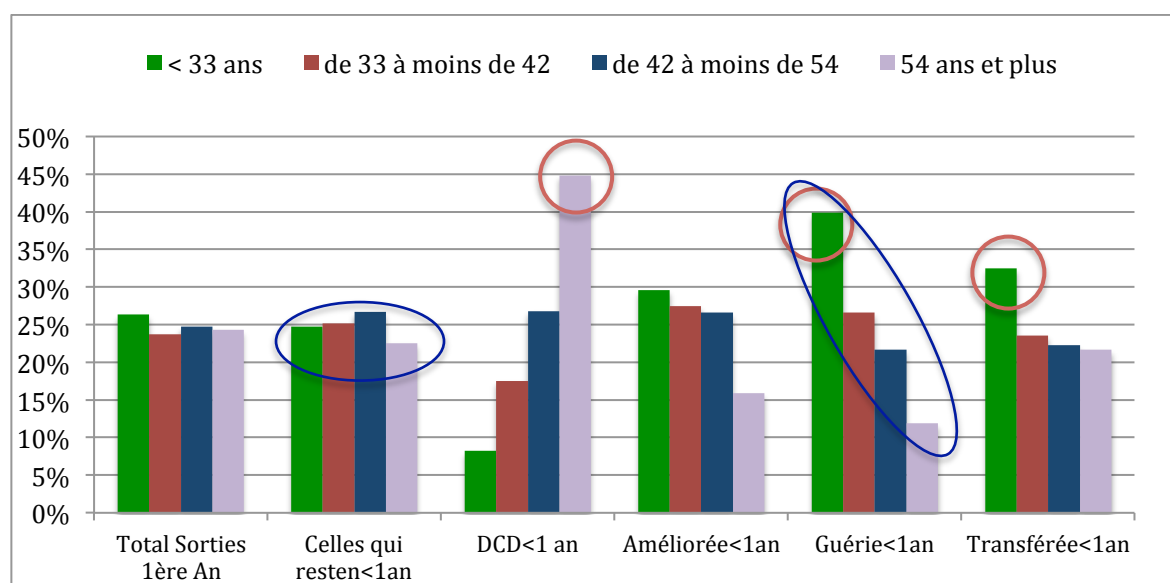
Q3 - De 42 ans à moins de 54 ans, 25%

Q4 - A 54 ans et plus, 24%

Ce sont les âges extrêmes qui marquent les différences. Les plus âgées sont plus concernées par les décès et sont en moindre proportion dans les sorties guéries et améliorées. Les plus jeunes sont plus présentes chez les guéries et les transférées. Les âges moyens entre 33 ans et 54 ans, qui représentent 50% de l'échantillon, se répartissent de façon « assez homogène » entre les sorties améliorées et les transférées. Les sorties améliorées touchent de façon également réparties les trois tranches d'âge sauf les plus âgées.

Au final les différences d'âge entre les sorties des plus jeunes et celles des plus âgées se compensent et la répartition de l'ensemble des sorties ainsi que de celles qui restent, retrouvent un équilibre entre quartiles, presque identique à celui de l'échantillon de départ.

Figure 28 - Age et devenir des femmes à l'issue de la première année



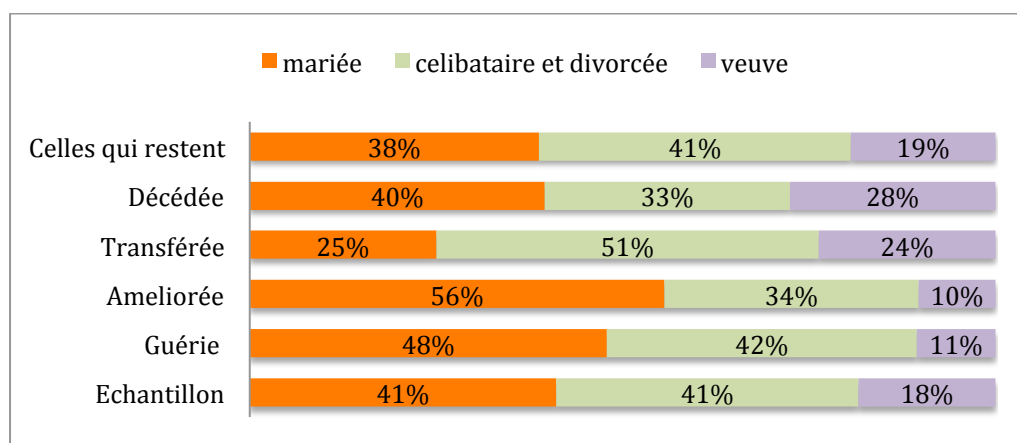
Les pourcentages sont calculés sur 434 qui restent, 195 décédées, 234 améliorées 143 guéries, 156 transférées et le total des sorties après un an, 728.

L'état civil, un avantage à la sortie pour les femmes mariées

Comparativement, on note un certain avantage aux femmes mariées pour les sorties guéries et améliorées, et une propension manifeste à transférer les célibataires. Les veuves sont en déficit de sorties guéries et améliorées et en proportion plus importante parmi les décédées.

Ce qui est étonnant, c'est la façon dont, là encore, ces différences se compensent en fin de première année. Ainsi « celles qui restent » se répartissent dans des proportions très proches de celles de la population de départ.

Figure 29 - Etat civil et devenir des femmes à l'issue de la première année



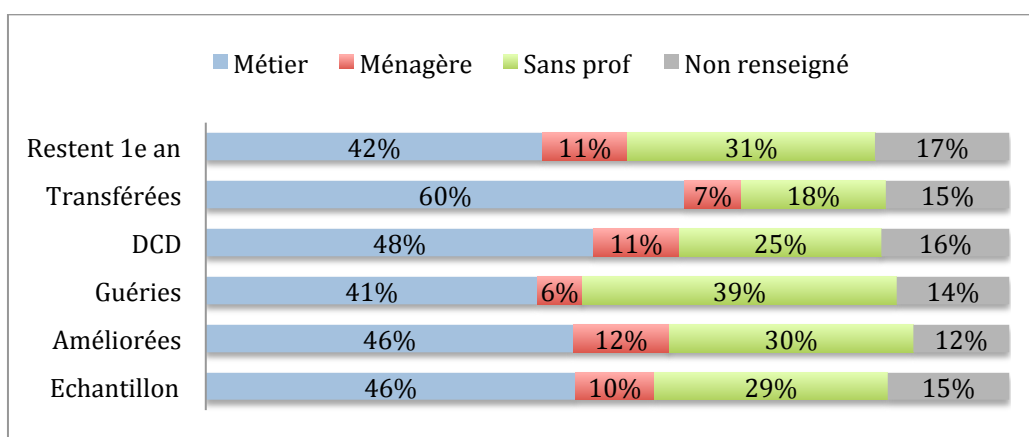
Les pourcentages sont calculés sur les effectifs suivants : 143 guéries, 234 améliorées, 156 transférées, 195 décédées et 461 qui «restent »

Le fait d'avoir un métier est-il un facteur de sortie ?

Par rapport à l'échantillon d'origine, les différences pour celles qui sortent la première année portent sur deux points :

- Celles qui ont un métier sont en proportion plus importante chez les transférées (60%), contre 46% dans l'échantillon d'origine
- Celles qui sont déclarées sans profession sont, en proportion plus importante, chez les sorties guéries (39%), contre 29% dans l'échantillon d'origine.

Figure 30 – Activité professionnelle et devenir des femmes à l'issue de la première année



Les pourcentages sont calculés sur les effectifs suivants : 143 guéries, 234 améliorées, 156 transférées, 195 décédées et 461 qui «restent »

Ces constats recourent le fait que les célibataires avaient aussi un taux de profession plus élevé (50%) et on les retrouve aussi plus nombreuses dans les transferts (51%). De même les femmes mariées étaient pour 38% d'entre elles sans profession et représentent 48% des sorties guéries.

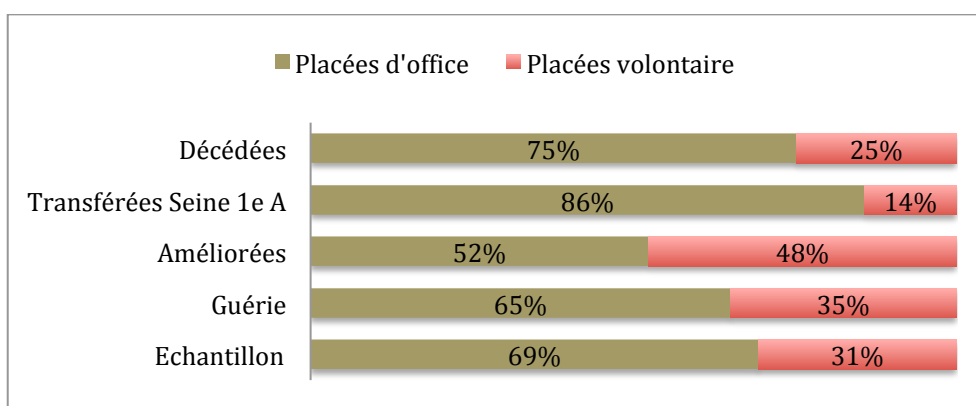
D'après ce que l'on a observé dans les modes de sortie, il est probable que le facteur état civil soit plus déterminant dans les modes de sortie que celui du métier. Les certificats les montrent davantage réclamées par leurs maris que sollicitées par des opportunités d'emploi, sauf dans deux cas où la possibilité de placement a été avancée comme un argument de sortie. Par contre, le fait de vouloir et pouvoir travailler était revendiqué par les femmes qui écrivaient pour demander leur sortie.

La composition des « femmes qui restent » affiche peu de différences avec l'échantillon de départ, on note néanmoins, chez elles, un peu moins de femmes ayant un métier.

Placement d'office et volontaire

Le fait d'être placée volontaire s'avère être un facteur très favorable aux sorties améliorées (48% contre 31% dans l'échantillon), alors que le placement d'office, lui, est prédominant dans les transferts (86%) et dans les décès (75%), alors qu'il représentait 69% de l'échantillon.

Figure 31 – Type de placement et modes de sortie la première année



Les pourcentages sont calculés sur 1.189 pour l'échantillon, les effectifs sortis la première année, soit 143 guéries, 233 améliorées, 134 transférées, 198 décédées

Dans la mesure où le type de placement est un signe distinctif de ressources tant sociales qu'économiques, cette différence *confirme l'hypothèse que les sorties guéries et améliorées sont effectivement plus accessibles à ceux qui disposent de ces ressources*, et sont à même et d'actionner des stratégies appropriées et d'utiliser les marges de manœuvre possibles.

- Etre célibataire et placée d'office sont les deux facteurs dominants dans le cas des transferts,
- Etre mariée et placée volontaire sont les deux facteurs dominants des sorties améliorées.

Ce résultat contrasté met en lumière à quel point ces deux statuts, celui du placement à l'asile et celui de l'état civil, sont présents et déterminants dans les modes de décision qui président aux orientations de carrières, indépendamment des formes de maladie. L'un et l'autre associés, renforcent l'opposition qui se joue sur la problématique de l'isolement et des ressources externes.

Les formes de maladie et la première année

Les formes de maladie qui ressortent dans les orientations de carrière sont essentiellement du côté des personnes atteintes de démence sénile, démence organique et de paralysie générale ; elles décèdent en grand nombre lors de la première année. De même pour celles qui sont dites « imbéciles », très rapidement considérées comme incurables et qui sont transférées sans délai.

Les troubles puerpéraux, peu nombreux, sont très présents dans les sorties guéries et améliorées. Pour les autres formes de maladie, nous avons considéré que les « choses » paraissent pour le moment ouvertes, c'est-à-dire permettant le cas échéant des sorties guéries et améliorées. Cette analyse se poursuivra donc lors de l'examen des années qui suivent.

Les « maintenues » à l'asile

L'analyse des sorties guéries et améliorées s'est faite essentiellement sur la base des certificats de sortie. Ceux-ci en tant que discours performatifs induisent et officialisent la sortie. Elle est « actée » sur une base qui est faite de l'état de la patiente, améliorée ou guérie du point de vue médical, mais aussi d'une mobilisation des familles disposant des ressources nécessaires à la prise en charge de la personne et permettant de « sécuriser » sa sortie. Mais cette base de certificats de sortie ne peut traiter que des guéries et améliorées qui sont sorties. Elle laisse entière la question de celles qui, améliorées et guéries, ne seraient pas sorties.

Qui sont celles qui restent, celles qui n'apparaissent pas dans les événements de sortie, celles qui ont échappé à la mort et aux transferts et qui ont donc été « maintenues » de mois en mois à l'asile ? Elles sont quatre cent soixante-et-un, soit 38% de notre effectif de départ. Les décisions de maintien à l'asile sont plus discrètes, elles ne se donnent pas à voir dans des certificats réguliers. « A maintenir » est une expression qui n'est utilisée dans cette forme décisive que dans la conclusion des certificats d'admission et de quinzaine. Par la suite, la répétition du diagnostic initial ou sa précision, la mention « sans changement », valent implicitement décision de maintien. Selon la loi de 1838, la seule obligation faite aux directeurs ou responsables d'établissements est :

« d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque trimestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement, sur l'état de la personne qui y sera retenue, sur la nature de la maladie et les résultats du traitement. Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenue dans l'établissement ou sa sortie ».³⁵²

La non-sortie n'est pas absence d'événements. Il a pu y avoir des demandes de sortie, par les malades elles-mêmes ou par leur entourage qui n'ont pas été suivies d'effet. Pour d'autres guéries et améliorées, la possibilité de sortie a pu être proposée par le médecin et mise en échec en raison des refus opposés par les familles ou parfois de leur absence de

³⁵² Loi du 30 juin 1838S sur les aliénés. Section II. – Des placements ordonnés par l'autorité publique. Art. 20.

réponse... « Aurait pu sortir si quelqu'un acceptait de s'en occuper... ». On sait que tel fut le cas d'Henriette D., de Camille Claudel et de bien d'autres inconnues. La non-sortie et l'enfermement durable seraient alors autant imputables à des formes de maladie mentale considérées alors comme incurables qu'à d'autres cas qui seraient désignés comme socialement « insortables » ?

La fin de la première année est le point de séparation entre deux groupes, celles qui sont sorties de l'asile et de notre échantillon et celles qui restent et poursuivent leur carrière dans le même asile. C'est avec elles que va se poursuivre l'examen de leurs parcours les années suivantes.

C. Celles qui restent, les années qui suivent

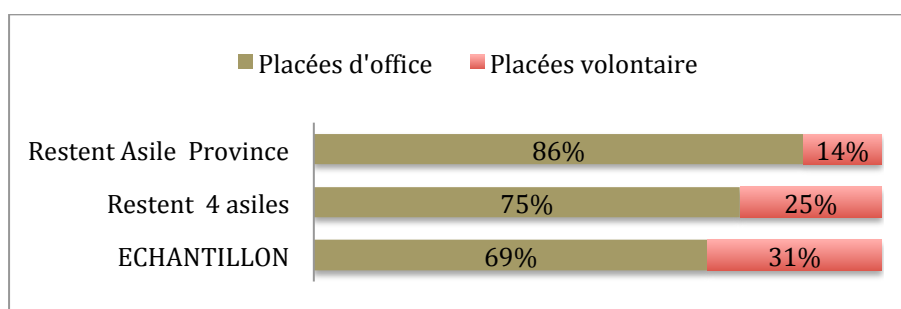
1. *Après un an passé à l'asile, comment le groupe initial a-t-il évolué ?*

Elles sont deux cent onze (211) dans les deux asiles de province et deux cent cinquante (250) dans les deux asiles de la Seine, à entamer leur deuxième année en asile. Elles ont vu leurs collègues de quartier quitter l'asile, partir pour un autre asile ou mourir. Certaines vont mieux, vont bien, s'occupent, espèrent encore une sortie. D'autres sont malades ou vieilles, affaiblies, en proie à des hallucinations et anxiétés très pénibles, parfois délirantes, elles espèrent aussi une sortie. Quelques-unes reçoivent visites, colis, et courriers, et pour d'autres le cercle se restreint, les privations aussi. Depuis qu'elles sont à l'asile, leur entourage s'est modifié, des parents et des maris sont décédés, les enfants ont été placés à l'assistance, maris et amants s'éloignent et s'affairent ailleurs.

Avant d'aller scruter leur devenir, la question se pose de savoir en quoi elles diffèrent de la population initiale et de celles qui sont déjà sorties. Sur tous les critères sociaux tels que l'âge, l'état civil, et la profession, il n'y a aucune différence de répartition entre celles qui restent et la population d'origine.

C'est sur la répartition entre placement volontaire et placement d'office que l'on constate la seule différence remarquable. La proportion des placées d'office augmente manifestement chez celles qui restent par rapport à la population d'origine.

Figure 32 - Celles qui restent, une proportion plus élevée de placées d'office



L'effectif de calcul des pourcentages est de 1.189 pour l'échantillon, 461, pour celles qui restent dans les quatre asiles, et 211 pour celles qui restent dans les deux asiles de province

De plus, à Montfavet et au Vinatier, dix-huit malades ont changé de statut et sont passées du « placement volontaire » à celui de « placée d'office », non parce qu'elles seraient devenues dangereuses, mais pour des raisons financières ; ce qui amplifie l'écart pour ces deux asiles, où les placées d'office représentent maintenant 86% de l'effectif.

On a eu l'occasion de voir à quel point le placement est un indice composite. Le placement « volontaire » est un marqueur, à la fois d'un placement choisi par les familles dans l'attente de soins, mais aussi de leurs ressources financières puisqu'elles devaient payer une pension.³⁵³ A contrario le placement d'office, décidé par l'autorité administrative, est la marque d'une prise en charge administrative et financière par les départements, soit pour des raisons de dangerosité, soit comme seule forme institutionnelle de prise en charge des frais financiers de ces hospitalisations. Ainsi le placement d'office qui apparaît comme le statut indicateur des conditions sociales et financières des plus démunis, se trouve non seulement amplifié, mais de plus se trouve être la seule différence vraiment significative entre la population d'origine et celles des femmes qui restent à partir de la deuxième année.

Pour ce qui est des formes de maladie, compte tenu de l'effectif qui s'est réduit et de sa dispersion sur une quinzaine de variables, il n'est plus pertinent de reprendre l'analyse détaillée de toutes les catégories. On notera cependant que le même groupe de six maladies, (mélancolie, paralysie générale, état maniaque, état confus, sénilité et délire systématisé) affecte toujours 70% des malades présentes, comme au départ.

³⁵³ Dans les asiles, la grande majorité des placées volontaires est en 4^e classe, c'est à dire avec les mêmes conditions de vie que les placées d'office, ils doivent néanmoins acquitter le prix plancher de leur pension. A Montfavet en 1905, Pour 361 aliénés hommes et femmes, on comptait 285 indigents, et 76 pensionnaires. Les 76 pensionnaires, c'est à dire placés volontaires. Ils étaient répartis en : 1 personne en classe exceptionnelle, 2, en 1^{ère} classe, 11, en 2^{ème} classe, 18, en 3^e classe, et 44 en 4^{ème} classe. La 4^{ème} classe recevant les mêmes prestations que les indigents.

Ce qui change, c'est donc le fait d'avoir vieilli d'un an, une année de vie en asile, avec tous les effets pour chacune d'elles d'une vie recluse qui contribue à la détérioration de leur état. De même pour l'entourage proche, qui selon les cas, espère encore la guérison et la sortie, se manifeste toujours, ou au contraire commence à se lasser, désespérer, se détacher, abandonner. De ce vécu de l'internement nous ne savons pas grand-chose. Il nous en parvient quelques échos dans les courriers des femmes ou des familles qui évoquent « l'ennui », les demandes incessantes de sortie, leurs mauvaises conditions de vie, les cris et la difficile cohabitation avec toutes « ces folles ».

2. A la recherche des « améliorées de l'intérieur »

Ce sont celles pour qui, à la fin de la première année d'asile, nous avons émis l'hypothèse que, bien qu'améliorées et même peut-être guéries, elles n'avaient pas bénéficié des ressources sociales et financières pour obtenir leur sortie. Comment les identifier parmi celles qui entament cette deuxième année ? Une des pistes les plus probables est qu'elles se soient glissées parmi ces femmes décrites comme étant « calmes et qui s'occupent », discrètement mentionnées dans les suivis mensuels et donc d'en retrouver la trace parmi les femmes qui travaillaient dans les différents services des asiles.

Lorsqu'ils mentionnent cette activité dans le Registre de la Loi, les médecins utilisent les expressions telles que « rend quelques services », « s'occupe un peu », « travaille à la lingerie ». Dans les rapports annuels, on trouve parfois un tableau de l'activité des malades et des secteurs où ils/elles travaillaient³⁵⁴. Cette occupation était à leurs yeux une activité thérapeutique contribuant à l'amélioration générale de la patiente. C'était aussi un signe d'amélioration, de la moindre emprise des troubles et délires. Pour les directions d'asiles et les services généraux, c'était un véritable travail qui participait à l'équilibre financier des asiles : « L'asile a été conçu et organisé de telle sorte dans le principe que le fonctionnement des services généraux par les malades travailleuses, constituait la base même des conditions économiques de l'établissement. »³⁵⁵ C'est à l'occasion des transferts que la perte de ces malades travailleuses est déplorée chaque année par le docteur Keraval à Ville-Evrard.

³⁵⁴ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op. cit.* Années 1905 et 1906. Asile de Villejuif, Docteur Edouard Toulouse, médecin chef de la 1^{ère} section femmes.

³⁵⁵ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op. cit.* Année 1903. Docteur Keraval à la suite de l'envoi de 152 malades transférées et envoyées, dont 55 à la colonie familiale de Dun-sur-Auron, et 97 en province. P. 235-242.

En 1903, 97 malades ont été transférés en province et 55 autres ont été envoyés à la colonie familiale de Dun-sur-Auron. « Tous ces transferts » écrit-il dans son rapport annuel, « ont un inconvénient : celui de retirer de l'établissement des malades encore susceptibles de rendre des services dans les ateliers, où, étant donné la nature des entrantes, on ne réussit pas à les remplacer. »³⁵⁶

Ce travail donnait lieu à la remise d'une petite rémunération, l'économe tenait une comptabilité écrite des rentrées, lorsqu'il y avait des ventes de produits, et des sorties d'argent. On apprend par la fille de cette femme que cet argent, par un arrangement passé avec la surveillante, lui était reversé directement pour compenser les frais occasionnés de prise en charge de sa mère :

Monsieur l'économe

Vous m'excuserez si je prends le liberté de vous écrire ayant une petite demande à vous faire, c'est pour ce motif que je m'adresse. Ma mère, Me L. 2eme quartier, étant occupée à la cuisine et ne voulant pas accepter l'argent qui lui revient tous les mois par le passé Madame Bonnefoi me le remettait, aujourd'hui ayant une nouvelle surveillante cette dame me prie de m'adresser à vous comme c'est à l'entrée de l'hiver que je me trouve un peu gênée ma mère ayant besoin de différentes petites choses je vous serez bien obligé Monsieur si vous voulez bien avoir la bonté de me remettre cet argent. Je pense monsieur que vous voudrez bien prendre ma demande en considération.

Recevez Monsieur mes salutations très empressées.

*Madame A*³⁵⁷

En biais sur la lettre, écrit d'une autre main : « remis 20f et le timbre poste de 0,10 joint à la lettre sur mandat signé par la malade. Peut prélever 8f à son compte pécule. »

Au moment des décisions de transfert, le risque de perdre de bonnes travailleuses était majeur. Ce fut le cas lors du transfert massif de femmes de Ville-Evrard à Maison Blanche qui venait d'ouvrir ses portes en 1900 :

« L'envoi de travailleuses n'a pas été sans soulever une foule de récriminations de la part du personnel de surveillance des services généraux, personnel qui a craint un instant de voir le travail dans les ateliers à jamais compromis. (...) J'ai pu néanmoins faire face à la situation et prendre parmi les malades ouvrières un contingent assez important. C'est ainsi que 14 malades ont été enlevées à la buanderie, 9 au repassage, 10 à l'épluchage, et 7 à l'atelier de couture. Il a été, dès lors, possible à l'administration de Maison Blanche de constituer d'emblée un noyau de travailleuses et de donner à certains services, tels que la cuisine et le réfectoire central, une organisation assez complète. »³⁵⁸

³⁵⁶ Ibid.

³⁵⁷ Ville-Evrard. Boîte 428. N°26185. H.L. 56 ans, veuve, journalière, entrée placée d'office le 5 mai 1905. Décédée le 9 mars 1907, de tuberculose pulmonaire.

³⁵⁸ Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine ; op. cit., Année 1900. Docteur Febvré, médecin chef à Ville-Evrard, p.163.

Cette activité était donc aussi considérée, à juste titre, comme un motif possible de rétention des malades lorsque les médecins et les services privilégiaient cette activité au détriment de leur sortie. « Travail traitement » à ne pas confondre avec « le travail rendement » comme le défendait le docteur Marie³⁵⁹ et quelques médecins engagés dans le renouveau de la psychiatrie³⁶⁰.

Il est probable, mais je n'en ai pas vu la trace, que les internées étaient très incitées à s'occuper et participer aux travaux domestiques et quotidiens de l'asile. Cette activité pouvait être aussi une opportunité pour tromper l'ennui, quitter les quartiers et gagner un petit pécule. Elle pouvait éventuellement servir d'argument à faire valoir pour justifier leur capacité de travail, une fois sorties. A l'intérieur de l'asile, lorsque ce travail était reconnu par les surveillantes des services, il permettait d'avoir un statut un peu à part, et au mieux, un régime de faveur. Mais certaines refusaient de travailler dans de telles conditions. C'est le cas de Marie D. à Maison-Blanche, placée volontaire, donc pensionnaire payante qui écrit au médecin : « Vous direz que je ne travaille pas ici, cela est vrai ; mais beaucoup seraient comme moi, dans le cas où je suis ici ça me paralyse les membres de penser qu'il faut payer pour travailler quand au contraire je devrais être à un travail sérieux comme l'année dernière. »³⁶¹

A défaut d'avoir pu trouver les registres nominatifs de ces femmes et de leur occupation³⁶² qui m'auraient permis d'établir un lien entre les femmes de cet échantillon et celles qui étaient enregistrées comme participant aux activités reconnues par l'économat, j'ai colligé à partir des suivis mensuels et des certificats de sortie, les mentions à « l'occupation » et au « travail ». Il est loin d'être certain que ce fait soit noté de façon systématique et régulière par les médecins des quatre asiles. De plus, c'est un petit mot qui se lit aisément lorsqu'il y a peu d'informations, mais qui peut échapper aux relevés lorsque les pages sont pleines d'écritures difficiles à déchiffrer. Entre celles qui s'occupent et celles qui restent « absolument inoccupées », les démentes, les gâteuses qui ne quittent pas leur lit, il y a un nombre encore plus important de femmes pour lesquelles rien n'est écrit et qui s'occupent peut-être. Enfin, le doute subsiste de savoir si le fait de faire quelques travaux ménagers dans

³⁵⁹ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. Année 1905. Op.cit.* Asile de Villejuif, Divisions Hommes, par le Docteur Marie. p.214.

³⁶⁰ Docteur Sérieux à la Maison de santé de Ville-Evrard et Dr Toulouse à l'asile de Villejuif.

³⁶¹ Maison-Blanche. D4X351. N°139312. Marie D. Célibataire, 45 ans, cuisinière et placée volontaire. Elle a fait Trois séjours à Maison Blanche entre 1907 et 1909. Le courrier où elle exprime cette position est écrit lors de son premier séjour en 1908.

³⁶² Probablement tenus par les services généraux.

le quartier est considéré comme une activité reconnue et gérée par l'économat, et à partir de quel moment ou quel critère cette occupation fait l'objet d'une rétribution.

Quarante-six relevés font état d'occupation à des degrés très variables. Cet effectif est très probablement inférieur à la réalité si l'on regarde les chiffres donnés par le directeur de Montfavet dans son compte-rendu administratif³⁶³. Cependant, à défaut d'autres indices, et avec toutes les réserves dont nous avons fait état, il nous a semblé intéressant de travailler sur cet ensemble de cas où le fait que la malade soit « occupée » est clairement énoncé.

Les relevés les plus laconiques, mais sans ambiguïté, donnent une idée de leurs contributions à des activités souvent domestiques de l'hôpital :

- « Agitée, s'alimente bien, s'occupe un peu. »
- « Demande souvent sa sortie, travaille bien, les hallucinations diminuent, va mieux. »
- « Etat démentiel, travaille cependant. »
- « Démente, hallucinée, persécutée, s'occupe à la lingerie. »
- « Excitation maniaque, malgré cela travaille à la buanderie. »

On remarque que certaines sont dites améliorées, mais que pour d'autres le fait de s'occuper n'est pas nécessairement lié à une amélioration, mais à la capacité de la malade, dans l'état où elle se trouve, et peut-être selon les jours, d'assurer certaines tâches :

- « Mutisme, gâtisme, ne quitte pas lit, il faut la faire manger, s'occupe au repassage, stupeur complète, indifférente. »
- « Incohérente gâtisme, calme s'occupe un peu, délire variable, même état, devient plus inquiète, état démentiel. »
- « Aphasie, calme, s'occupe un peu à la couture, caractère difficile. »
- « Même état, calme, s'occupe, mélancolique, agitée, méchante, frappe, accroupie dans un coin, voleuse, violente. »

Quelques-unes sont finalement sorties guéries ou améliorées :

- « 1903. 27 mai, améliorée, serait en mesure de sortir mais son mari vient de m'écrire qu'il ne se trouve pas en mesure actuellement de lui assurer les soins nécessaires. Croyance en un

³⁶³ *Compte-rendu administratif de l'année 1905*. Directeur de l'asile de Montfavet : Les recettes des activités et malades occupés (hommes et femmes) : Menuiserie, 2 ouvriers, Serrurerie, 2 malades, Chaudronnerie 2 ouvriers et 3 malades, Peinture, 1 peintre et 1 malade, Cordonnerie 3 ouvriers et 4 malades, Maçonnerie, 3 maçons et 4 malades, Carrières, 1 minuter et 4 malades, Buanderie et repassage, (lave 1.200 kg de linge par jour) 9 personnes, 4H et 5F, 2 malades affectés au chargement et déchargement. Repassage, 1 repasseuse et quelques malades de la lingerie, Couture et lingerie, confection de tout le linge de l'asile. 78 malades employés à la confection et au raccommodage, dans les divers quartiers sous la surveillance des sœurs et des infirmières. Cuisine et épluchoir, 10 religieuses et 1 malade sont occupés à la cuisine à feu nu. Des malades femmes épluchent les légumes. L'épluchage des pommes de terre est fait par 8 malades hommes. Travaux intérieurs, soins du ménage sont exécutés par des malades de chaque section sous la direction et la surveillance des gardiens et des gardiennes.

héritage imaginaire, idées de grandeur (...) 1904. 30 avril, sans modification, calme, s'occupe bien, pourrait être reprise par sa famille, amaigrissement, idem... »³⁶⁴

« Incohérente, calme, s'occupe à la buanderie, calme – (notes identiques pendant 3 ans). Puis, sort « guérie et peut être remise en liberté; c'est une intermittente qui n'a pas eu de crises depuis un grand nombre de mois et se montre capable de gagner sa vie. »³⁶⁵

Dans les asiles de la Seine, avant d'être transférées, celles-ci travaillaient, et vont probablement continuer de « s'occuper » ailleurs dans l'autre asile : (c'est moi qui souligne)

« Améliorée travaille au repassage. »

« Calme, s'occupe à la couture, pas d'hallucinations, aime s'isoler des autres, (...) démence précoce, engraisse beaucoup, indifférente. »

« Excitation maniaque, malgré cela travaille à la buanderie. »

« Travaille à l'épluchage, caractère difficile. »

« Démence sénile, calme, inoffensive, s'occupe à la couture. »

« Epilepsie, crises fréquentes, douce, calme, gentille, s'occupe bien. »

« Imbécillité, querelleuse, même état, s'occupe. »

« Reste des mois absolument calme et travaillant d'une manière régulière, puis sans cause connue, elle cesse toute occupation et demande à aller aux agitées où elle reste calme. »³⁶⁶

Il est impossible de savoir à ce stade, si pour les auteurs de ces mots, le choix entre « s'occuper » et « travailler » désigne une réalité qui pourrait correspondre, par exemple, au fait que *l'occupation* se passerait dans les quartiers, et que le *travail* aurait lieu en dehors des quartiers, dans les services généraux, en buanderie, lingerie, cuisine, etc. comme cela est mentionné parfois. Différences de taille, qui concernent à la fois l'état de santé physique et mental des personnes et leur niveau de participation économique à l'activité de l'asile.

Parmi celles qui travaillent et pourraient sortir d'un point de vue médical, mais ne sortent pas et vont décéder à l'asile, on peut citer les trois cas suivants. Ils illustrent l'impact de l'absence de solutions familiales, institutionnelles et financières, qui étaient considérées comme indispensables à la sortie. Ces femmes sont finalement restées internées entre quinze et quarante ans.

Aimée Marie B. « 21 fév. 1901 - est atteinte de folie chronique... Incurable. Idem en janv. 1902 (...) En 1924, cette malade est décrite « améliorée, tranquille, bonne travailleuse, inoffensive. Son maintien dans un asile d'aliénés ne serait pas indispensable si une autre

³⁶⁴ Le Vinatier. Q318. N°12826. Marie Claudine B. 35 ans, mariée, couturière, entrée le 5 février 1903, d'office. Sortie améliorée, le 25 décembre 1904. Certificat de sortie : « dans un état d'amélioration suffisante pour autoriser la sortie demandée », ne précise pas qui était présent à la sortie.

³⁶⁵ Ville-Evrard.R119. N°34269. Alice J. 33 ans, célibataire, profession non renseignée, entrée le 5 mai 1907 placée d'office, sortie le 22 juin 1912, après cinq années, est sortie guérie « remise en liberté ».

³⁶⁶ Maison-Blanche.N7. N°115964. Mélanie F. 49 ans, mariée et institutrice, Entrée le 24 janvier 1903, et transférée à la colonie familiale l'année suivante, le 1^{er} février 1904. Aucune note dans le suivi mensuel.

formation hospitalière pouvait la recevoir, l'essai pourrait du moins être tenté. Dr C. » (...) Ensuite plus rien jusqu'à son décès en 1941, de « cachexie démentielle avec eschares. »³⁶⁷

IMB. « A cause de la rareté de ses crises, pourrait vivre dans un hospice d'autant plus qu'avec une surveillance et une direction, cette malade qui est très débile intellectuellement mais inoffensive, peut rendre des services. »³⁶⁸

Madeleine B. Entrée en 1905 à l'asile. « Même incohérence, même état » puis : « guérie de son accès hypocondriaque. Pourra sortir dès qu'elle sera guérie de sa fièvre typhoïde. Mais parce qu'elle n'a ni famille, ni ressources, il conviendrait de faire bénéficier cette fille de l'assistance à l'hospice car elle peut rendre des services soit comme infirmière, soit comme domestique. » Elle va rester encore quinze années et mourir à l'asile en 1920.³⁶⁹

Pour ces quarante-six femmes qui s'occupaient, un peu, de temps en temps ou régulièrement, la poursuite de leur carrière prend trois directions :

- Quinze sont sorties améliorées et guéries, dont la majorité dans la deuxième année ;
- Seize ont été transférées à la colonie familiale et dans divers asiles ;
- Quinze sont restées à l'asile et y sont décédées après de longues années. Pour ces dernières la moyenne de durée de séjour est de 17,5 années, soit largement supérieure à la moyenne de durée de séjour des femmes décédées à l'asile qui est de 4 ans et 9 mois!

L'approche par le biais « de l'occupation » a permis effectivement d'identifier des femmes « calmes et travailleuses » qui étaient susceptibles de sortir. C'est sans doute ce qui s'est produit pour une quinzaine d'entre elles : tandis que les autres restaient encore internées sans solution de sortie, alors qu'elles étaient déclarées en état de pouvoir le faire. Il apparaît aussi que l'occupation très succinctement décrite dans les registres de la Loi, fait partie de l'activité de nombreuses autres femmes dont l'état semble très précaire. Le seul Registre des Lois est insuffisant pour prendre la réelle mesure de l'activité de travail exprimée dans la seule expression de l'occupation.

³⁶⁷ Le Vinatier. Q316. N°11767. Aimée Marie B. 40 ans, célibataire, couturière, entrée le 23 janvier 1901, d'office. Décédée 40 ans, le 6 janvier 1941, à l'âge de 80 ans.

³⁶⁸ Montfavet, R76.N°2856. IMB. 40 ans, célibataire et domestique, placée d'office le 24 décembre 1904, Décédée le 5 janvier 1931, après 26 années d'asile, à l'âge de 66 ans, de « cardiopathie ».

³⁶⁹ Montfavet. R78. N°2990. Madeleine B. 39 ans, célibataire, infirmière, entrée le 19 juin 1905, placée d'office. Décédée le 14 août 1920, à l'âge de 55 ans, de « Tuberculose pulmonaire ».

3. *De la deuxième à la sixième année d'internement*

L'examen de notre échantillon montre que pendant les cinq années qui suivent, de la 2^{ème} à la 6^{ème} année, les décisions de sorties et de transferts se poursuivent, les sorties guéries et améliorées étant nettement moins nombreuses que pendant la première année. A partir de la septième année, il n'y a quasiment plus aucune sortie, ni guérie, ni améliorée, (ou exceptionnelle comme le montre le tableau qui suit) et les décès vont venir petit à petit mettre leur touche finale aux vies asilaires des femmes qui restent.

Tableau 28 - Evolution des effectifs et des mouvements au fur et mesure des années

	Effectif de départ	Sorties guéries et améliorées	Transférées	Décédées	TOTAL sorties	Effectif restant
Pendant la 1 ^{ère} année	1.189	377	156	195	728	461
2 ^{ème} année à fin de la 6 ^{ème}	461	81	115	150	346	115
De la 7 ^{ème} année à la 50 ^{ème}	115	3	23	89	115	0
TOTAL observé		461	294	434	1.189	

Par ailleurs, dès la deuxième année, les asiles de province n'effectuent plus de transferts, sauf exception. Ils sont entièrement le fait des asiles de la Seine. Ce qui donne aux deux types d'asile deux configurations très différentes dans les orientations de carrière. En province, à partir de la deuxième année, on sort encore vivante de l'asile ou bien on y reste jusqu'à la fin de ses jours. Dans les asiles de la Seine, on sort encore un peu mais on risque surtout d'être transférée dans un autre asile éloigné.

Sans avoir la connaissance de ces données chiffrées, ces différences de perspectives étaient néanmoins vécues et intériorisées par les malades, les familles et les personnels de chacun des asiles. Elles ont probablement entraîné des conduites d'adaptation et des comportements particuliers qui seront peut-être, en partie observables. En ce qui me concerne, lorsque je travaillais aux archives des asiles de la Seine, et sans avoir encore cette représentation chiffrée, l'importance des transferts au fil des relevés était d'une telle évidence que, lorsque je notais des séjours un peu longs, de plus de six ans, mentalement j'imaginai que cette femme était soit une bonne travailleuse utile à l'asile soit une pistonnée qui avait pu échapper à un transfert.

Ainsi pour les quatre cent soixante et une femmes qui commencent une deuxième année nous allons examiner successivement deux périodes :

- De la deuxième à la fin de la sixième année, que nous appelons : *Les cinq années encore décisives*.
- De la septième année à la cinquantième que l'on appellera : *Les très longs séjours*.

4. *Les cinq années encore décisives*

Le seul fait d'avoir passé une année à l'asile rend la question de la sortie plus pressante. Quelques malades attendent et « remontent au créneau », écrivent à leurs parents³⁷⁰ et aux médecins. Il y a encore des sorties guéries et améliorées (17%), mais elles sont nettement moins nombreuses et les transferts et les décès l'emportent (57%).

Tableau 29 - Evolution des effectifs et des mouvements de la 2^{ème} année à la fin de la 6^{ème} année

	Effectif de départ	Sorties guéries et améliorées	Transférées	Décédées	TOTAL sorties	Effectif restant
2 ^{ème} année à fin de la 6 ^{ème}	461	81	114	150	346	116
% par rapport à l'effectif de départ		17%	25%	32%	75%	25%

La lettre suivante est la septième (en tout cas conservée dans son dossier) que cette jeune fille adresse au médecin depuis le début de son internement à Maison-Blanche :

Samedi 17 août 1912

Monsieur le Docteur,

Excusez-moi la liberté de vous adresser ces courtes lignes, mais c'est simplement pour vous demander si vous pensez toujours à me faire sortir car il y a longtemps que je suis bien et je ne crois pas finir mes jours dans un asile d'aliénés, j'espère que Mr le docteur m'appellera à son bureau...(...) Mr L. m'a dit bien défois déjà qu'il fallait que je reste longtemps raisonnable pour arriver à gagner ma sortie mais Mr le Docteur vous ne devez pas recevoir de mauvaises notes à mon sujet car aussitôt que j'avais été changée de quartier j'ai prit la résolution d'être plus raisonnable et je l'ai fait.

Je compte sur votre bonne réponse de votre part Mr le Docteur

Recevez Monsieur le Docteur l'assurance de mon profond respect.

*Melle Eugénie B.*³⁷¹

³⁷⁰ La correspondance privée était lue et en principe envoyée sauf lorsqu'elle était censurée et retenue, et donc de ce fait se retrouve classée et présente dans le dossier individuel.

³⁷¹ Maison-Blanche. Boîte de dossiers, D4X31058. B. Eugénie. N° 148630. 20 ans, célibataire et domestique. Entrée le 17 juin 1911. Sortie le 1^{er} novembre 1912. Très améliorée et rendue à sa grand-mère qui la réclame, prend l'engagement de la recueillir et de la surveiller et de lui trouver du travail.

Une guérison encore possible ?

« Et dites moi si cette maladie est dangereuse pour ne pas se guérir, explique moi un peut la maladie qui la fatiguer » (...) « Elle approche des 50 ans, son âge ne change-t-il pas son état ? »³⁷²

Cette question revient souvent. Les bulletins envoyés aux familles donnent des indications sur l'évolution possible de la malade. Ils sont plus accessibles pour nous dans les registres de Montfavet où ils figurent dans les suivis mensuels : à la « patronne » de cette femme le médecin laisse entendre : « *Elle peut s'améliorer beaucoup et guérir* ». Mais pour d'autres la réponse est moins optimiste comme l'indique les trois bulletins suivants :

- Au mari de madame X., 57 ans : « Malpropre, se déchire, se déshabille, crie gesticule (...) Il est probable que son agitation s'atténuera à la longue et pourra même disparaître, mais elle est capable de recommencer à tout moment. »
- A la mère de celle-ci: « Elle est sujette à des réactions violentes. Comme d'autre part elle est atteinte d'imbécillité, nous n'osons formuler l'espoir d'une guérison, pas même d'une amélioration notable. »
- Enfin à la sœur de cette jeune femme de 32 ans : « est toujours très agitée, malpropre, ne peut pas s'occuper. Sa guérison n'est guère probable. »

Au Vinatier les médecins se prononcent en utilisant couramment les termes de « curable » et d'« incurable » dans les suivis mensuels des registres des lois, sans que l'on sache s'il s'agit d'un échange entre eux ou si ces mêmes termes sont utilisés dans la correspondance avec les familles. En les lisant et les relisant, j'avais le sentiment que ces écrits étaient adressés à un contrôleur réel ou imaginaire, et avaient pour fonction de répondre à la question que l'on se posait à cette époque, de savoir si l'internée était curable, avec une sortie envisageable à terme » ou au contraire « incurable » avec peu ou plus aucune perspective de sortie. Les expressions suivantes sont un peu moins brutales :

- « Pourra peut-être guérir à la longue »,
- « Malade dangereuse et difficile à guérir »,
- « Je regrette de déclarer que cette pauvre enfant me paraît incurable ». (n.b. Cette « pauvre enfant » est âgée de 26 ans).

³⁷² Montfavet. Emilie B. R76, n°2840 et Dossier.

Les différences se creusent d'année en année et entre les asiles

De moins en moins de sortie guéries et améliorées et de plus en plus de décès et de transferts, comme on va le voir, ces cinq années ne sont pas identiques. Les deuxième et troisième années vont être l'occasion de véritables sorties guéries et surtout améliorées. De la quatrième à la sixième année, ces sorties diminuent très sérieusement.

Entre les asiles de la Seine et ceux de province les différences de carrières s'accroissent du fait de la politique des transferts toujours très active des asiles de la Seine.

Tableau 30 - Mouvement de sorties en effectifs pour les 211 femmes des asiles de province qui entament leur deuxième année en asile

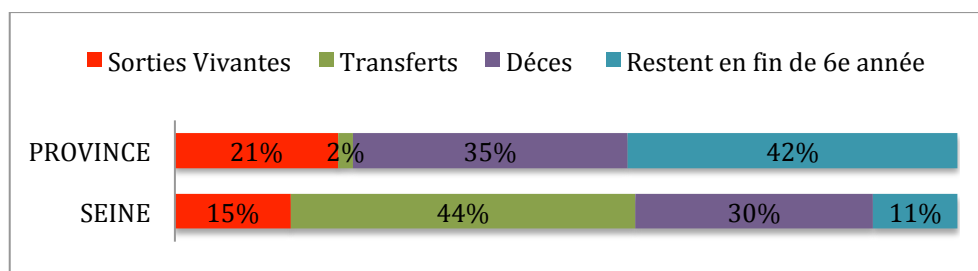
PROVINCE	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} à 6 ^{ème} année	Total des cinq années
Guéries et améliorées	26	7	11	44
Transfert	1		3	4
Décès	29	14	31	74
Total	56	21	45	122

Tableau 31 - Mouvement de sorties en effectifs pour les 250 femmes des asiles de la Seine qui entament leur deuxième année en asile

Asiles SEINE	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} à 6 ^{ème} année	Total des cinq années
Guéries et améliorées	25	6	6	37
Transferts	41	19	50	110
Décès	41	18	17	76
Total	107	43	73	223

Le graphique suivant synthétise ces deux tableaux. Fait remarquable, les décès sont en proportions équivalentes dans les deux types d'asile, par contre les sorties qui relèvent de la décision des médecins des asiles et en partie des familles, accusent de nettes différences avec un peu plus de sorties « vivantes » (guéries et améliorées) dans les deux asiles de province, et des transferts encore massifs décidés par les asiles de la Seine.

Figure 33 - Devenirs des femmes dans les asiles de la Seine et de province entre la 2^{ème} année à la 6^{ème} année



Pourcentages calculés sur l'effectif de départ au début de la deuxième année, Soit, 211 pour les asiles de province et 250 pour les asiles de la Seine.

Ainsi la mobilisation pour faciliter la sortie semble plus importante dans les deux asiles de province (44 sorties pour 211 restantes, soit 21%) que dans ceux de la Seine (27 sorties, pour 250 restantes, soit 15%). La différence de politique de ces asiles en matière de transfert ne peut pas ne pas avoir d'effets sur l'ensemble des pratiques des médecins et les carrières morales des internées. Ainsi les deux asiles de province, n'ayant pas cette ressource de sorties par transfert à leur disposition, sont peut-être plus enclins à faire sortir les malades qui le pouvaient, pour « désencombrer » leurs divisions.

Les sorties améliorées et en congé diminuent mais restent très demandées

De façon plus accentuée encore que durant la première année, les sorties améliorées (57) l'emportent très nettement sur les sorties guéries (24), avec quelques sorties dans le « même état » et contre l'avis des médecins. On note aussi toujours une activité importante des familles et des époux qui « réclament » que leur malade leur soit « rendue ». Les mises en liberté (8) tiennent compte manifestement du temps déjà passé à l'asile et de la solidité des arguments qui permettent de se passer des garanties familiales : « Est guérie et peut être remise en liberté ; c'est une intermittente qui n'a pas eu de crises depuis un grand nombre de mois et se montre capable de gagner sa vie. »³⁷³ Et pour celle-ci : « Est guérie et peut être remise en liberté. Cette femme très raisonnable et très travailleuse se montre très capable de gagner sa vie. » Ou encore : « Est guérie de l'accès alcoolique aigu qui a déterminé son internement et peut quitter l'asile seule. La sortie peut être ordonnée. »

³⁷³ Ville-Evrard.R119, N°34269, Alice J. 33 ans, profession non renseignée, entrée le 5 juillet 1905, sortie le 22 juin 1912, guérie.

A Montfavet et au Vinatier, douze sorties en congé et à titre d'essai, chaque fois très demandées et très encadrées, révèlent des situations familiales compliquées, elles donnent aussi lieu à des retours et des rechutes, comme dans les deux cas qui suivent.

Philomène G. mariée, 66 ans. Entrée le 29 novembre 1905, placée d'office, avec « délire de persécution ». C'est son 3^{ème} internement. Même état jusqu'en novembre 1906. « Délire et hallucinations de l'ouïe, entend des voix qui l'injurient... »

Décembre 1906. « Est calme et s'occupe », le mari est invité à voir le médecin : « il y a une amélioration réelle, elle pourra quitter l'asile bientôt. ».

Janvier 1907. « Congé d'essai de 3 mois. »

Avril 1907. Elle est réintégrée par « les soins de son mari. »

Juillet 1907. Son mari demande sa sortie. « Il y a trop peu de temps que vous avez ramené M.G. pour qu'il soit possible de lui accorder sa sortie. Elle conserve du reste les mêmes intentions et l'expérience nous a montré que malgré votre surveillance elle continuait à boire et revenait dans un état toujours plus grave. Ainsi donc pour le moment nous ne pouvons donc donner une suite favorable à votre demande. »

Août et septembre. « Idem ». « idem »

Octobre 1907. A son mari. « Nous adressons aujourd'hui même à Mr le préfet une demande de sortie pour M. G. (...). L'état mental de M. G. nous a paru assez satisfaisant pour lui accorder la sortie ainsi que vous le demandez. »

Sortie guérie « ne présente plus aucun des symptômes d'alcoolisme (...) depuis un mois se montre calme, docile, raisonnable et s'occupe. (...) Cet état est suffisamment satisfaisant pour que sa sortie définitive puisse être prononcée. »³⁷⁴

Les traces écrites de ce cas permettent de souligner l'importance des échanges entre le médecin et le mari au sujet de l'état de la malade, et ceci d'autant plus que ce dernier est concerné par les idées de persécution et de jalousie de son épouse à son égard. Les actions à l'initiative du mari sont rappelées le médecin associe celui-ci dans leur expérience commune partagée, « l'expérience nous a montré que malgré votre surveillance.. ». Il accorde la sortie en se référant au fait que celui-ci « l'a demandée ».

Le cas suivant d'une sortie en congé témoigne du suivi, sur dix-huit mois, de cette malade dont le mari semblerait plutôt disposé à la laisser à l'asile.

Margueritte G.45 ans, mariée, épicière. Entrée le 28 mai 1905. Placée d'office. « En état d'intoxication alcoolique aigue avec idées de persécution et de jalousie à l'égard de son mari. S'est remise à boire dès sa sortie de l'asile il y a 3 semaines. »

Octobre, novembre, décembre. «Même état, idem, idem »

Janvier 1906. « Se maintient calme et raisonnable. Se montre très réticente au sujet de ses excès alcooliques et de ses idées à l'égard de son mari. En raison de ses antécédents et de la rechute (...) il y a lieu d'attendre encore pour une décision au sujet d'une nouvelle sortie. »

³⁷⁴ Montfavet. R78 N°3132.

Mars. « Note à son mari. Mme J. est actuellement et depuis un certain temps déjà calme et raisonnable et promet de ne plus boire. Son mari est prié de nous faire connaître s'il est disposé à la reprendre. Santé physique excellente. ».

Avril. « Même état. »

19 mai. « Je prie instamment Mr J. De bien vouloir venir me trouver sans faute demain dimanche 20 courant pour une communication urgente au sujet de sa femme. »

21 mai. « Certificat de congé. Nous, soussigné Docteur en médecine médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Montdevergues, certifions que la nommée M.G. (...) est actuellement calme et dans un état mental satisfaisant qui permet de la confier à son mari à titre d'essai. Ce dernier s'engage à la soigner et à la surveiller et assure la responsabilité de ses actes au dehors. Il s'engage en outre à la ramener lui-même à l'asile s'il ne peut la garder. Dans de telles conditions nous pensons qu'un congé de trois mois peut lui être accordé. »

En septembre. Le congé étant expiré, le mari est prié de demander une prolongation qui sera accordée avec un « certificat médical légalisé par la Mairie constatant que « l'état de votre femme permet de la laisser encore sans inconvénient dans sa famille (...) Si vous ne pouvez pas m'adresser ce certificat, vous devez ramener immédiatement votre femme à l'asile.»

« Réintégrée le 6 septembre »

20 sept. « S'est montrée tout à fait calme, docile et raisonnable. Nie avoir fait quoi que ce soit chez elle pour être ramenée à l'asile. » Le même jour à son mari : « depuis sa rentrée de congé, Mme J. s'est montrée absolument calme, raisonnable dans ses idées et ses actes, s'occupe régulièrement. Vu cet état mental, je crois qu'elle peut rentrer chez elle, et mon intention est de la faire sortir définitivement. Veuillez me répondre de suite si vous êtes disposé à la prendre. On vous écrira ensuite quel jour vous pouvez venir la chercher. »

22 septembre 1906. Certificat de sortie. « M.G est actuellement guérie des troubles mentaux qui avaient motivé son internement. En conséquence sa sortie peut être ordonnée. »³⁷⁵

Dans ces deux exemples, on perçoit, dans la durée, le travail de suivi et de vigilance des médecins dans ces processus de sortie, résultats d'interactions soutenues sur un temps long. Ainsi, lorsque l'on peut avoir accès à des notes complètes, on découvre, sous les laconiques mentions d'entrée et de sortie, les enjeux du pouvoir marital et familial, mais aussi l'écoute et la vigilance du médecin, ainsi que, le cas échéant, ses manifestations d'autorité. Le deuxième cas est exemplaire de la façon dont ces écrits se réfèrent à des interactions concrètes. L'écrit les ponctue sur la durée, de façon formelle quasi 'officielle', il les programme (demande de réponse du mari sur sa 'disposition') il le convoque, (venir le trouver 'sans faute'), il lui demande de lui faire connaître son choix, et le sanctionne (le certificat mentionne les engagements du mari...). Ecrits destinés à laisser une trace des positions des uns et des autres, de leurs engagements et responsabilités respectives ; écrit disponible à la vérification et aux inspections des services préfectoraux. Ce cas est aussi un bon exemple du rôle dévolu à la famille dans le cas d'une sortie « en congé », et placement

³⁷⁵ Montfavet. R78. N° 3062.

d'office, avec les responsabilités précises que le médecin et l'institution lui délèguent. Il montre fort bien la prudence, y compris procédurière, du médecin et la progressivité de la décision. D'un côté l'état stagnant de la malade finit par s'améliorer, et la sortie y a contribué ; à son retour à l'asile, faute d'avoir envoyé le certificat exigé, son amélioration est constatée et le suivi fait état des propos prononcés à cet égard par la malade elle-même. De l'autre, les interactions entre le médecin et le mari semblent satisfaire les parties et contribuer à la progression vers la sortie avec guérison. Cet exemple souligne ainsi l'entrelacement des progrès de l'état de santé de la malade et du déroulement des ajustements successifs entre le médecin et le mari.

La lecture assidue des registres de Montfavet, peut-être aussi parce qu'ils sont plus riches d'informations que ceux des autres asiles, laisse mieux percevoir ce qu'il en était d'une écoute des malades, du suivi de leur évolution, de la prise en compte des positions des familles, et des échanges qui avaient lieu entre médecins, femmes internées et familles. La qualité de ces écrits dans les registres des Lois, au delà des prescriptions de la loi de 1838, pourrait induire chez le lecteur une représentation de la qualité des relations dont ils semblent témoigner. Sans franchir ce pas, il faut néanmoins rappeler que les directions d'asile et les compétences et qualités des médecins- chefs et des médecins des asiles étaient très variables d'un asile à l'autre.

La durée, les effets de l'expérience et les réticences des familles

Les difficultés conjugales et familiales relatives aux sorties s'expriment plus clairement pour quelques femmes qui ne veulent pas retourner chez elles, et pour des maris qui ne veulent pas venir chercher leurs femmes. La sortie est parfois un moment compliqué, ainsi pour cette jeune femme de 33 ans, internée à Ville-Evrard : « *calme, laborieuse, docile, ne donne pas de signes positifs de folie, sa sortie peut être ordonnée. Ne veut plus retourner auprès de son mari, désire vivre avec sa mère à Sarcelles.* »³⁷⁶ A Montfavet, une autre femme âgée de 50 ans « *préfère rester à l'asile plutôt que sortir avec son mari* » ; elle va finalement sortir pour un congé de trois mois... chez son mari. De même, quelques époux sont manifestement rétifs à « reprendre » leurs femmes, et se font rappeler à l'ordre par le médecin de Montfavet : « *M. est depuis quelques temps plus calme et pourrait comme elle le désire passer quelques temps dans sa famille; est plus tranquille qu'autrefois, vous pourriez*

³⁷⁶ Ville-Evrard.R117, N°34548, Margueritte J. 33 ans, couturière, placée volontaire par sa tante le 25 juillet 1907, et sortie avant guérison, le 11 décembre 1908.

*très bien la garder. »*³⁷⁷ Dans la missive qui suit le médecin adopte un style plus autoritaire : *« Je vous fais connaître que votre femme étant guérie de son accès d'aliénation mentale, la sortie a été adressée à Mr le Préfet. Vous devez donc venir la chercher immédiatement ainsi qu'on vous l'a écrit. »*³⁷⁸

Avec l'internement qui se prolonge, apparaissent aussi les réticences des familles à reprendre chez elles « leurs » malades, en particulier celles qui sont dites atteintes de « folie périodique » ou « folie à rechute » comme on désignait alors ces formes de maladie que l'on a appelées ensuite les « maniaco-dépressifs », et plus récemment les « bipolaires » :

« Est atteinte de folie périodique, se trouve actuellement en état de rémission et ne présente pas d'idées délirantes. Sa fille qui l'avait recueillie chez elle après son premier internement a refusé de la reprendre cette fois-ci pour des raisons de famille et déclare ne pas pouvoir l'aider à vivre au dehors. Madame S. peut être mise en liberté. »³⁷⁹

« Tant qu'à moi je vous dirai franchement que je l'ai déjà sortie deux fois de Maison-Blanche et voyez le résultat obtenu. Donc maintenant pour moi, personnellement, je ne veux prendre aucune responsabilité à ce sujet. »³⁸⁰

Dans cet exemple, la durée a permis l'expérience et sa répétition, dont l'interaction se nourrit. L'auteur de ce courrier, en raison de sa bonne foi prouvée à deux reprises, en retire visiblement une légitimité qui lui permet de s'exprimer « franchement » et de dire « moi, personnellement, je n'en veux pas... » Et il s'exprime à cet égard en termes d'engagement et de « responsabilité ».

Dans cet échantillon, on trouve le deuxième cas d'une sortie accordée « en raison de l'encombrement de l'asile » à une femme « *sans impulsion méchante, réclamée par son mari* » et à qui pour cette raison là « *il y a lieu d'autoriser la sortie.* »³⁸¹ On peut imaginer que l'expérience d'une année d'observation à l'asile a pu également jouer un rôle dans cet argument.

³⁷⁷ Montfavet, R28, N°2172, R. 56 ans, mariée, sans profession, entrée le 30 septembre 1911, placée volontaire par son mari, et sortie le 1^{er} octobre 1915, améliorée.

³⁷⁸ Montfavet, R76, N°2770, FEL, 44 ans, mariée, ménagère, entrée le 14 juillet 1904, placée d'office et sortie le 20 janvier 1906, guérie.

³⁷⁹ Maison-Blanche, N17, N°138821, STR, 56 ans, veuve, et repasseuse, entrée le 11 janvier 1909, sortie le 21 octobre, avant guérison.

³⁸⁰ Ville-Evrard. Boîte 214. N°33213. 58 ans, sans profession, entrée le 31 janvier 1906, placée par Mr P. (l'auteur de la lettre citée). Sortie avant guérison, le 29 juillet 1907. Deuxième internement.

³⁸¹ Le Vinatier, Q316, N°11380. Louise G. 48 ans, mariée, lingère, entrée le 12 mai 1900, sortie, non guérie, le 19 mai 1902.

Les décès de cette seconde période

Sans surprise, les décès durant cette seconde période frappent surtout les plus âgées. L'analyse des causes de décès indique des différences de profil pathologique entre les asiles de la Seine et ceux de province. Dans les asiles de la Seine, la part la plus importante des décès est imputée à la paralysie générale ; dans les asiles de province, elle concerne la cachexie générale et la cachexie sénile suivies de la tuberculose pulmonaire.

On retrouve ici par hasard, avec cette femme de 86 ans qui a passé deux ans et demi à l'asile de Montfavet avant de mourir d'une congestion cérébrale, une « améliorée de l'intérieur » qui n'a pas pu sortir... Elle est décrite comme « *calme depuis son entrée, se trouve bien à l'asile où elle doit être maintenue puisqu'elle n'a ni famille, ni ressources lui permettant de vivre au dehors* ». ³⁸²

La poursuite des transferts collectifs des asiles de la Seine

Cent quatorze femmes ont été transférées pendant ces cinq années, dont cent-dix dans les asiles de la Seine. La moitié d'entre elles était célibataire. Comme durant la première année, les transferts prennent plusieurs directions : translations internes entre asiles de la Seine, transferts vers la colonie familiale de Dun-sur-Auron et l'asile de Moisselles. La moitié de ces transferts est dirigée dans les asiles plus lointains en province. Huit femmes ont été rapatriées dans leur pays d'origine.

Parmi elles, l'une a demandé elle-même son transfert à Dun-sur-Auron. Cette femme, veuve, couturière, âgée de 70 ans au moment de ce transfert, était peut-être moins sensible que d'autres à l'éloignement, en souhaitant privilégier un régime plus libre et plus familial que celui de l'asile... ³⁸³

Il semblerait qu'au Vinatier on tente également de transférer des malades dites « incurables » à l'asile de Bourg-en-Bresse. Une famille s'oppose en vain au transfert de cette jeune fille de 26 ans, née à Lyon et qui habite Lyon :

« Parce que tous les membres de la famille habitent Lyon et qu'ils peuvent la voir souvent, (...), le frère et la sœur de cette jeune fille prennent l'engagement de supporter la différence des frais de séjour », le directeur écrit au préfet en lui signalant « qu'il a cru pouvoir différer le transfert, sous réserve que l'arrangement soit accepté ». Trois mois plus tard, la famille est informée que « votre sœur sera transférée incessamment à l'asile de Bourg. (...) Aucun membre de la famille ne pourra être admis à voyager avec elle en vue de l'accompagnement.

³⁸² Montfavet, R76. N° 2818.

³⁸³ Ville-Evrard, R119. N°34154.

Remise le 19 mars 1910 à deux gardiennes de l'asile de Bourg chargées de la conduire dans cet établissement ».³⁸⁴

« On peut procéder à l'enlèvement de son mobilier »

Cette formule est courante dans tous les registres de tous les asiles. Longtemps, le sens de cette phrase m'a paru obscur. Par recoupements, j'ai fini par comprendre qu'elle résume, dans le Registre des Lois, le certificat dit « de situation » conservé dans les dossiers administratifs. Ces certificats étaient sollicités par le service de la préfecture en charge de la gestion des biens et mobiliers personnels des malades internés. Il adressait au médecin une demande de « situation » et attendait de lui une réponse sur l'opportunité de conserver ou non le mobilier de la malade. La réponse pouvait être comme dans l'exemple qui suit : « *atteinte d'agitation maniaque, désordre des actes, propos sans suite. On peut enlever son mobilier.* »³⁸⁵ Autrement dit, elle ne sortira pas avant longtemps... Dans le cas dont il est ici question, trois mois après son admission, ce certificat a eu pour effet de laisser enlever ce mobilier, pour le vendre ou l'envoyer vers une destination inconnue. Mais dans un autre cas, la réponse du médecin est réservée : « *est atteinte de dégénérescence mentale avec idées de persécution, hallucinations de l'ouïe. Cette malade semble présenter des chances de guérison, il serait préférable d'ajourner la vente de son mobilier.* »³⁸⁶

On apprend, à l'occasion de ces demandes administratives, et par la réponse ainsi donnée, ce qu'il en est du pronostic posé sur l'évolution de la personne.

Dans les deux maisons de santé privées

Dans les deux maisons de santé privées, sur les quarante-quatre femmes ayant commencé une deuxième année, on assiste au même type de sorties avec la supériorité des sorties améliorées (12) sur les sorties guéries (2). Quatorze femmes sont décédées dont six de la paralysie générale, dix ont été transférées. Ce dernier chiffre doit être rapporté au fait que le recrutement de la maison de Vanves se faisait sur toute la France, et que ces transferts de placées volontaires, n'était pas une mesure administrative, mais un rapprochement géographique.

³⁸⁴ Le Vinatier. Q320. N°14164. Emma L. 26 ans, célibataire, sans profession, entrée le 1^{er} septembre 1905. Placée d'office. Transférée à Bourg le 29 mars 1910. Le certificat de sortie. Atteinte de dégénérescence mentale, sa place est dans un asile. Les suivis faisaient état de « excitation hystérique, sans changement, méchante ».

³⁸⁵ Ville-Evrard. Boîte de dossiers 213 N° 124847. Hélène P. 27 ans, couturière. Entrée placée d'office le 5 juin 1905. La demande a été faite le 8 août 1905 et la réponse du médecin est signée le 9 août 1905.

³⁸⁶ Maison-Blanche. D4X350. N° 137773. Marie Thérèse B. 37 ans, célibataire, couturière. Entrée le 1^{er} juillet 1905. Sortie avant guérison, le 2 décembre 1905. Soit trois mois après le certificat du médecin ajournant la vente de son mobilier.

Cette période est aussi sévère que dans les asiles du point de vue des décès (32%). Celles qui restent et commencent une septième année sont une dizaine. Ce décompte sur un effectif de plus en plus faible permet néanmoins de constater dans ces maisons de santé privées, des tendances similaires à ce que l'on observe dans les asiles, en particulier dans l'usage qui est fait des sorties améliorées.

Conclusions de cette deuxième période de vie asilaire

Avec toutes ces femmes qui s'occupent dans les quartiers et travaillent dans les ateliers des services généraux, l'étude de cette deuxième période de vie asilaire nous a fait découvrir les femmes dont les compétences domestiques et ménagères étaient mises à contribution, tout autant pour les « occuper » que pour participer à l'activité économique des asiles. Même si le Registre des Lois ne s'avère pas l'outil adéquat pour repérer ces améliorées de l'intérieur, on a pu en débusquer quelques-unes au fil des suivis mensuels. Bien évidemment, l'occupation des malades et le travail à l'asile ne sont pas une spécificité des asiles pour femmes ; ils étaient pratiqués dans tous les asiles. Cet aperçu ouvre plus de questions qu'il n'en résout, en particulier sur la façon dont ces femmes vivaient ce travail, et sur ce qu'elles pouvaient en retirer dans la poursuite de leur carrière.

Cette période confirme la présence des mêmes processus de décision observés la première année. Il y a certes moins de mouvements, mais ceux qui se produisent sont chargés de la densité de l'expérience, du temps qui passe et de la détermination à sortir de l'asile. Quelques femmes sont arrivées à faire valoir leur point de vue et, de façon inattendue obtenir leur liberté, tandis que d'autres, plus tirées par leurs familles que par les guérisons, sont également sorties, mais en plus petit nombre. Les difficultés se manifestent plus clairement avec les retours et les rechutes, l'expression de conflits relationnels dans les familles, qui peuvent aller jusqu'au rejet et l'abandon. Les exemples de sorties qui se passent dans la durée montrent bien à quel point chacun poursuit sa propre stratégie ; même avec des désaccords manifestes en cours, il se passe quelque chose. Ainsi menées ces formes de négociation sont à même de surmonter des obstacles tels que ceux liés à la dite incurabilité de l'internée ou aux réticences de l'administration ou des familles.

Les asiles de la Seine semblent pressés de « faire le vide », et les convois organisés régulièrement par la préfecture s'en chargent. Et sur ce point, plus le temps passe et plus les décisions souveraines de l'administration s'imposent et moins il y a de résistances à ces décisions. Pour cette période, ce sont les femmes mariées qui sont proportionnellement le

plus transférées (48%) alors qu'elles étaient en proportion nettement plus faible pendant la première année (25% des transferts de la 1^{ère} année).

A la fin de cette sixième année, cent quinze femmes ont échappé aux transferts et à la mort, mais n'ont pas pu sortir et vont continuer leurs carrières d'aliénées. A défaut de mouvements, de décisions de maintien clairement exprimées, la lecture des suivis mensuels laisse voir des individus « occupés » à diverses tâches domestiques. Parmi elles, certaines sont en prise avec leurs angoisses, délires, obsessions, agitation, indifférence, mais d'autres sont calmes, améliorées et restent là alors qu'elles pourraient être aussi bien et même mieux ailleurs, « *Fait partie de cette classe de malades qui ne guérissent pas, mais peuvent à la rigueur vivre en dehors de l'asile sans causer trop de scandales*³⁸⁷ ».

On sait maintenant que le directeur de Montfavet avait envoyé à la mère de Camille Claudel, et ce à plusieurs reprises dans la septième année de son internement, des courriers lui indiquant qu'une sortie de l'asile pouvait être envisagée, « *Madame Claudel est calme, ses idées de persécution, sans être disparues sont atténuées (...) dans ces conditions, une sortie peut être envisagée.* ». Ils restèrent sans suite.³⁸⁸ Avec le temps qui passe, les familles ont évolué, les parents ont vieilli ou sont décédés, les maris, quand ils ne sont pas décédés, se « sont fait une raison » comme dit l'expression populaire, et les éventuelles suggestions à envisager une sortie trouvent peu ou pas d'échos. A défaut d'autres solutions alternatives, elles vont rester à l'asile.

Les femmes de cet échantillon vont commencer leur septième année à l'asile.

5. Après 6 années d'asile, les très longs séjours

Cent seize femmes, soit 10% de l'échantillon, n'ont pas quitté l'asile depuis qu'elles y sont entrées. Elles entament leur septième année d'internement, vingt-sept dans les deux asiles de la Seine, et quatre-vingt-neuf dans les deux asiles de province. Pour les deux asiles de province, les Registres des Lois n'arrivent pas à contenir leurs suivis mensuels et il faut aller les chercher dans les « Registres de reports », autres gros registres réservés à la poursuite des notes médicales des personnes aux très longs séjours.

³⁸⁷ Le Vinatier. Q315. N°11240. Rose T. Une femme, de 58 ans, mariée placée volontaire par son mari, dont le diagnostic est « délire de persécution ». Le certificat de sortie mentionne : « non guérie, (...) le médecin-chef de la section des femmes ne s'oppose pas à sa sortie ».

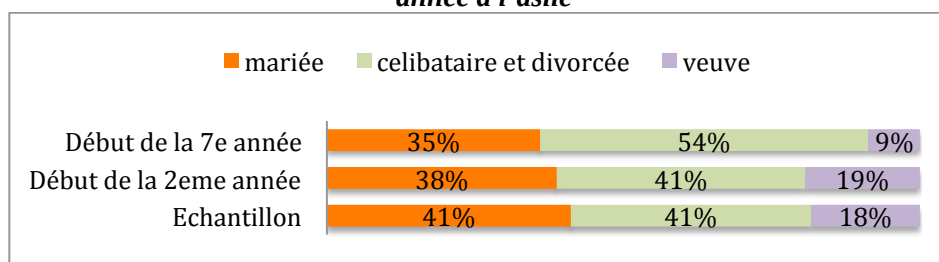
³⁸⁸ BARBIER Jocelyne, K1000, *Camomille, Mlle Say. L'enfermement de Camille Claudel à Montdevergues*. Editions les Amis du Vieux-Velleron. 2015. 97 p. page 55.

Plus que jamais ce groupement composé de femmes bien distinctes n'est qu'un artefact d'étude. De fait ces femmes sont dispersées et mélangées dans les quartiers avec toutes les dernières entrées et celles qui les avaient précédé. Pour le personnel de l'asile, pour elles, et pour leurs familles, on peut supposer qu'ils savent ou ressentent que les espoirs de guérison se sont évanouis. Elles sont affublées de noms divers « les chroniques », « les incurables », « les anciennes », « les vieilles », « les survivantes », « les éléments résiduels », « les gâteuses », « les sédentaires », « le stock ». Des « petits noms » familiers ou moqueurs étaient peut-être donnés à chacune, comme on l'a vu précédemment pour Camille Claudel, appelée « Camomille ». Elles font partie des murs, quelques-unes travaillent ou bien sont clouées au lit. On les imagine vieilles, mais elles n'ont que... sept ans de plus que lorsqu'elles sont arrivées, et les plus vieilles sont déjà mortes. Qu'est-ce qui les caractérise maintenant ? Les conditions de leur entrée ou les sept années passées ; le fait d'être encore à l'asile, de n'avoir pu sortir, quand bien même nombre d'entre elles auront essayé, d'avoir jusqu'ici résisté aux épidémies de grippe, de fièvre typhoïde, d'avoir échappé aux maladies contagieuses, à la dysenterie, aux conditions difficiles de vie à l'asile, à l'ennui, à l'isolement croissant, à l'abrutissement - jusqu'ici, mais jusqu'à quand ? Dans quel état psychologique sont-elles, obligées de se soumettre au régime général des aliénées incurables ? Quelles relations persistent avec leurs enfants, leurs maris, leurs amants, leurs parents, leurs amies, en tout cas, ceux qui sont toujours là et se manifestent encore ?

Un « groupe » vraiment différent

Alors qu'au début de la deuxième année, la composition sociale du groupe était restée quasiment identique par rapport au groupe initial, on peut observer maintenant les effets des sorties qui se sont produites pendant les années précédentes. La part des célibataires a augmenté, elles sont 54% (contre 41% au départ), la proportion des veuves n'est plus que de 9%.

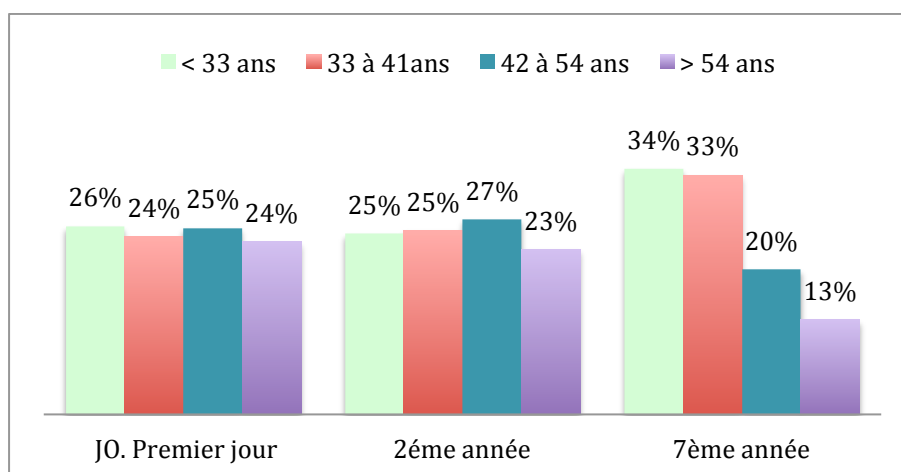
Figure 34 - Répartition des états civils pour les femmes qui commencent leur septième année à l'asile



Les pourcentages sont calculés, sur 1.189, pour l'échantillon, sur 461 pour le début de la deuxième année et sur 116 pour le début de la septième année

Par ailleurs, comme le montre le graphique suivant, celles qui furent les plus âgées à l'entrée sont maintenant en proportions moindres.

Figure 35 - Changements dans la répartition des âges à l'entrée à partir de la 7eme année



Les pourcentages sont calculés sur les effectifs de chaque groupe, 1189 à J0 le premier jour, 461 pour le début de la deuxième année, et 116 au début de la septième année

Le vieillissement à l'asile est donc bien *le fait de celles qui sont entrées plus jeunes* et, peut-être aussi, en meilleure santé. Sept ans plus tard, chacune a vieilli de sept ans, mais la moyenne « d'âge actualisé »³⁸⁹ de ce groupe factice est maintenant de 48 ans pour les asiles de la Seine, et de 44 ans pour les deux asiles de province³⁹⁰. La moyenne d'âge à l'entrée était de 43 ans pour l'ensemble de l'échantillon. Ainsi les deux groupes n'ont pas pris sept ans d'âge, mais seulement de une à cinq années de plus, du fait des décès et des transferts des plus âgées.

³⁸⁹ L'âge actualisé a consisté à ajouter 7 années à leur âge à l'entrée.

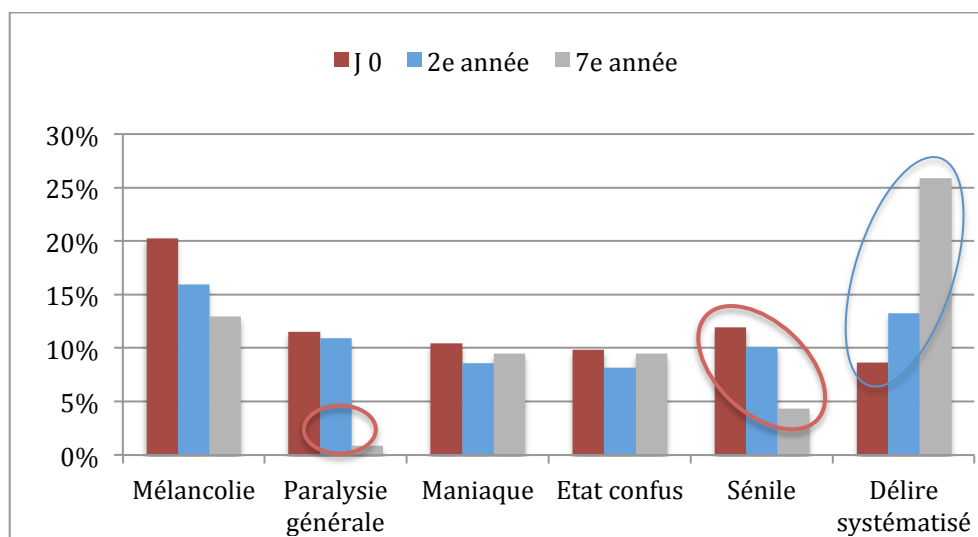
³⁹⁰ Les moyennes d'âge à l'entrée étaient pour le groupe Seine de 44 ans, cette moyenne n'a donc pris que 4 ans de plus. Elle était au départ de 42 ans pour les deux asiles de province, cette moyenne n'a donc pris que 2 ans de plus.

Le fait d'être internée, parce ce qu'elle « ne peut pas subvenir seule à ses besoins », était le motif avancé pour de jeunes filles, dites « débiles ou idiotes ». Il devient maintenant un argument de maintien à l'asile pour un grand nombre de femmes, quelle que soit leur pathologie d'origine du fait de la durée de leur internement. Elles sont diminuées par cet épisode asilaire, désocialisées et sont devenues de ce fait dans l'impossibilité de subvenir, qui plus est quand elles sont seules et âgées, à leurs besoins.

Le nombre de placées d'office a continué sa progression, elles représentent 79% de ce groupe; elles étaient 69% au départ et 75% à entamer leur deuxième année d'asile.

A la différence de l'échantillon d'origine, il n'y a pratiquement plus de paralysie générale ni de démence organique dans ce groupe restant et la démence sénile est en moindre proportion. Le schéma qui suit permet de voir l'évolution de la présence de chaque type de maladie aux trois stades de l'étude, à l'entrée, au début de la deuxième année, et au début de la septième. Il est basé sur les sept maladies qui composaient 73% du tableau des maladies de l'échantillon d'entrée.

Figure 36 - Présence de chacune des formes de maladie prépondérantes au démarrage des trois étapes de l'étude. J.zéro à l'entrée, puis au début de la 2^e année et de la 7^e année



Le calcul des pourcentages est fait sur l'effectif de 1.189 pour J.zéro, 476 femmes présentes pour la deuxième année, et 116 présentes au début de la septième année

Ainsi, le « délire systématisé » qui affectait 9% des femmes au départ, concerne maintenant 25% des restantes en début de septième année. C'est une des formes de maladie qui était à cette époque connue pour être des plus tenaces, mais sans risque vital. A l'inverse,

la « paralysie générale », qui représentait 12% des malades au départ, n'affecte plus qu'une seule personne, sept ans plus tard. Cette maladie était réputée par son pronostic vital extrêmement défavorable. Pour les autres formes de maladie mentale, la « mélancolie » qui représentait 20% des cas, est passée à 13% de cas présents en début de septième année. La « démence précoce », cette maladie qui affecte plutôt les jeunes et qui est réputée par le fait d'être incurable, concernait un nombre réduit de cas au départ (23 soit 1,9% de l'échantillon), ne figure donc pas sur ce graphique. On la retrouve présente au début de la septième année, avec six femmes qui en sont atteintes.

Encore un peu d'espoir

Les perspectives de carrières, si l'on peut encore utiliser ce mot, à ce stade de l'étude, sont très probablement maintenant, pour ces femmes de vivre à l'asile ou plutôt d'y survivre tant bien que mal.

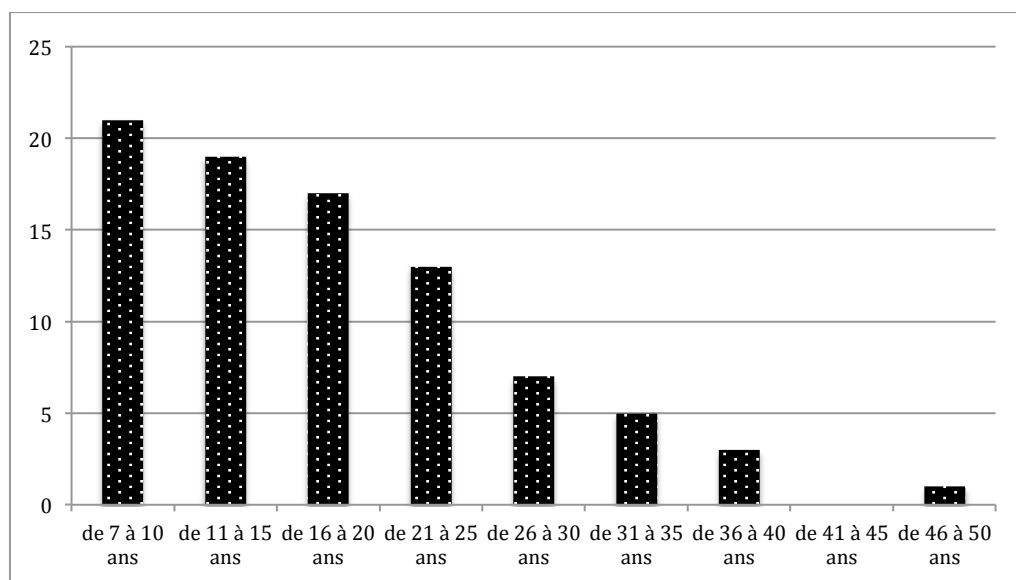
Tableau 32 - Derniers mouvements à partir de la 7^{ème} année jusqu'à la dernière

	Effectif de départ	Sorties Guéries et améliorées	Transférées	Décédées
A partir de la 7 ^{ème} année	116	3	24	89
% par rapport au début de la 7 ^{ème}		2%	20%	76%

Dans les deux asiles de la Seine, vingt-quatre femmes sont encore transférées et évacuées, trois autres sont décédées. A l'arrivée de la guerre, en 1914, il n'en reste plus une seule de notre échantillon. Dans les deux asiles de Montfavet et du Vinatier, mises à part les trois sorties de Montfavet, toutes les femmes, c'est à dire les quatre-vingt-six restantes, vont connaître des séjours de longues et très longues durées avant leur décès à l'asile.

C'est donc dans les asiles de province ou dans les asiles de transferts que se poursuivent les très longues carrières asilaires.

Figure 37 - Relevés du nombre de séjours au-dessus de 7 années pour les 86 femmes restées dans les deux asiles de province



Ce relevé concerne 86 femmes décédées dans les deux asiles de province. Soit 7% des 1.189 femmes de l'échantillon, soit 17% des 509 femmes internées dans ces deux asiles

Quels seuils permettent de qualifier ces temps de séjour, entre les longs et les très longs, les exceptionnellement longs ? Ce graphique permet en tout cas d'observer la répartition de ces très longs séjours et de situer les histoires individuelles des personnes qui ont connu de telles vies à l'asile jusqu'à leur trépas. Le séjour de quarante-neuf années apparaît comme un cas isolé dans cet échantillon de 1.189 femmes. En très faible proportion, mais bien présent, comme on en trouve ainsi régulièrement.

Les dernières sorties

Toutes n'ont pas renoncé à l'espoir d'en sortir, les médecins et les familles non plus. La fille d'Emilie B., internée en 1904, écrit au médecin, dix ans plus tard, en 1915³⁹¹ :

« Elle approche de ses 50 ans et son âge ne change-t-il pas son état ? »

Puis en 1927, elle écrit de nouveau : « J'avais conservé l'espoir que l'âge amélioré son état. Je vous prie de me détailler si elle mange et si elle s'occupe. »

Les trois « sorties » de Montfavet sont célibataires, retirées par leur père, mère et sœur. Les échanges de bulletin transcrits dans les registres donnent idée de la ténacité des hallucinations et des délires qui les tiennent, mais aussi des interventions régulières de leurs

³⁹¹ Montfavet. R76. N° 840. Emilie B. 38 ans, mariée, profession non renseignée, entrée le 8 novembre 1905, sortie décédée le 25 avril 1938, de « cardiopathie ».

parents qui étaient déterminés à les faire sortir de l'asile, comme on peut le voir dans le cas suivant³⁹² :

Marthe R. Entrée en 1905 à l'âge de 40 ans à Montfavet. Elle était couturière. Elle va sortir dix années plus tard en 1915. Le premier certificat faisait état de ses comportements étranges : « Elle fuit une mouche qui la poursuit, l'empêche de manger et de dormir, elle quitte ses occupations avec des mécanismes ambulatoires qui l'entraînent très loin. » C'est sa sœur qui s'en occupe, et les bulletins qui lui sont adressés font état de la poursuite de ses hallucinations, et du fait qu'« elle ne s'occupe pas ».

En 1907 : « Il est impossible de rien affirmer au sujet d'une guérison possible. »

En 1908 : « Toujours troublée, insulte les gardiennes, très hallucinée, très persécutée, ne peut sortir de l'asile. » Sans changement dans les années qui suivent, sa sœur, sa famille insistent toujours, demandent sa sortie.

En 1912 : « Ne paraît pas encore assez normale pour qu'on puisse lui permettre un congé, santé physique bonne, s'alimente bien, dort de même. »

En 1914 à son frère : « N'est pas encore en état de sortir. » En 1915, toujours pas de changement.

En juillet 1915, une demande de congé est accordée, mais n'a pu avoir lieu : « Nous tenons à vous avertir que votre malade est très troublée ces temps-ci. Elle serait capable de faire du mal à quelqu'un. » En Août, elle reçoit la visite de ses sœurs, « en les voyant elle les a insultées et n'a pas voulu les voir (...) puis est allée jusqu'au grand portail où elle s'est cramponnée... ».

Et le 28 août, à sa mère : « Nous vous accordons le congé demandé. Se trouve actuellement dans un état d'amélioration qui permet de lui accorder un congé d'un mois demandé par sa mère ». Congé transformé en sortie définitive en septembre 1915. Soit dix ans après.

Cet exemple est surprenant. Il vient malgré la rareté statistique confirmer qu'il est toujours des médecins, des familles et des internées à tenter d'y parvenir. Que le nombre de sorties soit bien moindre et même minime ne peut qu'aider à faire apparaître les éléments et les conditions rassemblées qui font la différence, en l'occurrence les suivantes :

- la volonté des familles, qui sont effectivement et restent mobilisées pour accueillir la sortante, malgré les difficultés rencontrées sur ce parcours ;
- le jugement du médecin qui apprécie les conditions de faisabilité médicale de cette sortie,
- la capacité des parties à s'entendre et s'adapter à la situation et au niveau d'amélioration de la patiente,
- un processus qui se poursuit dans la durée.

³⁹² Montfavet. R78. N°3002. Marthe R. 38 ans à son entrée, placée d'office le 8 novembre 1904. Reste à l'asile jusqu'à son décès le 25 avril 1938. Soit internée 33,5 années. Avec délire systématisé évoluant vers la démence.

« Sa place n'est pas dans un asile d'aliénées, pourrait sortir si... »

Voici encore trois femmes qui devraient être ailleurs que dans un asile :

E.D. « Calme, docile, rend quelques services dans la mesure de ses moyens. Sera toujours une débile, une surveillance est nécessaire à cause de ses idées érotiques mais on pourrait l'exercer aussi bien dans un hospice qu'à l'asile. »³⁹³

Thérèse .P. « Délire de persécution, même état. »

Mars 1909. « Depuis assez longtemps présente un état mental satisfaisant, est très calme, s'occupe bien, une sortie prochaine pourrait être envisagée. »

Ensuite « même état, malade calme » - s'arrête en 1911.cf. Registre de report. « Idem. »³⁹⁴

Marie G. « Epilepsie sans manifestations délirantes, sa place n'est pas dans un asile d'aliénés, épilepsie quelques crises ».³⁹⁵

Manifestement ces trois cas et d'autres encore n'ont pas bénéficié de l'ensemble des conditions permettant d'engager ce « travail » nécessaire à la sortie. Sans dossier il est impossible d'apprécier la présence ou non de tentatives qui auraient pu avoir lieu. Les médecins se positionnent sur le recours à d'autres institutions, sans doute du fait de leur isolement.

Les préfets continuent d'exercer leur vigilance et demandent des certificats de situation, des renseignements sur les familles, pour tenter de faire prendre en charge les pensions ou faire sortir une à une quelques-unes des plus anciennes :

Préfet du Rhône, le 18 janvier 1932, courrier au directeur de l'asile au sujet d'Antoinette F. internée en 1905. « Bien vouloir interroger la nommée A.F. veuve B. en vue de connaître les adresses actuelles de ses 6 enfants. » Réponse manuscrite du directeur. « Ne reçoit ni lettres, ni visites de ses parents, les adresses inscrites au dossier sont les suivantes (...) La surveillante chef ajoute : « Ne sait pas l'adresse de ses enfants qu'elle n'a pas vu depuis onze ans. »³⁹⁶

Et pour cette femme internée en 1901 à l'âge de 32 ans, considérée comme incurable en 1919. On trouve le certificat de situation suivant adressé au préfet en 1942, elle est alors âgée de 73

³⁹³ Montfavet. R78. N°2970. Elise D. célibataire, sans profession, entrée à l'âge de 24 ans. Décédée le 30 août 1914.

³⁹⁴ Le Vinatier. Q316. N°11754. Thérèse P. Célibataire, monteuse de métiers, entrée à l'âge de 38 ans, le 13 janvier 1901. Décédée le 15 janvier 1938, après 37 années passées à l'asile.

³⁹⁵ Le Vinatier. Q318. N°12.835. Marie G. Célibataire, sans profession, entrée à l'âge de 19 ans, le 13 février 1903. Transférée à l'hospice de Person, le 15 février 1924

³⁹⁶ Le Vinatier. Boîte Q920. N°13852. Antoinette F. entrée à l'âge de 43 ans, veuve et dévideuse, le 26 janvier 1905. « Les trois enfants ont du être admis en dépôt à l'hospice suite à l'internement à l'asile de leur mère ». Elle est décédée le 26 janvier 1940. Soit à 78 ans, après 35 années en asile.

ans et vient de passer quarante et un ans à l'asile : « Pourrait sortir car elle est très tranquille et inoffensive, très affaiblie, elle a perdu la mémoire et ne sait où elle est. »³⁹⁷

Effectivement, là ou ailleurs...

L'entourage se modifie

Elles ne sont pas les seules à vieillir. Parents, maris, vieillissent aussi, décèdent ou disparaissent, leurs ressources ne leur permettent plus de payer la pension ou les « douceurs ». Pour Adeline B³⁹⁸, placée volontaire en 1911, on trouve plusieurs courriers de son frère inquiet de son état. Puis très vite, celui-ci demande l'exonération des frais de pension, et elle passe en placement d'office. L'année suivante, il ne peut plus payer le « supplément pour du chocolat chaque matin au petit déjeuner », qui lui est donc supprimé :

Le 21 février 1912. Un bulletin de l'économe : « Melle A. pensionnaire de 4^e classe, entrée le 21 février 1912, a droit à du chocolat, chaque matin. »

Le 8 avril 1913. « L'abonnement au chocolat de Melle A. pensionnaire de 4^e classe, sera supprimé le 1^{er} mai 1913. »³⁹⁹

Des pensionnaires placées volontaires vont connaître le passage vers une classe de confort moindre et moins coûteuse et jusque dans la catégorie des indigents.

« Par suite du séjour prolongé de ma fille, je me vois obligée bien malgré moi de la faire inscrire à la pension de la 4^e classe, à partir du 1^{er} juin prochain » écrit la mère de Louise C.⁴⁰⁰

Avec le temps, les correspondants changent d'adresse ou disparaissent, l'asile note leurs décès quand ils ont connaissance de ces changements et leurs noms sont barrés sur le dossier, donnant une idée de l'isolement et de l'abandon qui s'amplifient. Pour d'autres qui n'ont plus donné de nouvelles, les courriers annonçant l'état grave ou le décès, reviennent à l'asile avec le tampon « courrier non remis » et « n'habite plus l'adresse indiquée ». ⁴⁰¹

³⁹⁷ Le Vinatier. Boîte Q836. N°12036. Marie Eugénie B. mariée, 32 ans, frangeuse de foulard, entrée le 31 juillet 1901. Un courrier fait état d'un enfant, un garçon qui avait 5ans quand elle a été internée. Est décédée le 19 août 1942.

³⁹⁸ Montfavet R28. N°2157. Adeline B. 36 ans, célibataire, sans profession, entrée le 12 janvier 1911 placée volontaire, en 4^e classe, passée d'office, le 13 mai 1911. Décédée de congestion pulmonaire, le 22 juillet 1918.

³⁹⁹ Montfavet. R28. N°2196. A. Célibataire, 31 ans, placement volontaire, Entrée le 21 février 1912, et décédée en octobre 1943. Soit 31 années passées à l'asile. Deuxième internement.

⁴⁰⁰ Montfavet. R28. N°2155. Louise Henriette C. 22 ans, célibataire, sans profession, placée volontaire le 2 janvier 1911, passée de la 3^e classe à la 4^e classe, puis transformé en placement d'office en juillet 1911. Décédée le 15 octobre 1928, de « dysenterie ».

⁴⁰¹ Le Vinatier. Q315. N°11289. Génie Pierrette Joséphine M. 27 ans, célibataire, domestique, entrée le 12 mars 1900 placée volontaire par sa mère, décédée le 2 mars 1928, cause non renseignée.

Photo 10 - Liste des personnes à qui envoyer le courrier pour une patiente internée pendant 28 années

NUMÉROS		NOMS
Matricule générale	Placement annuel	ET PRÉNOMS
11289	14	Genie Pierrette Joséphine
<i>diabète Sa place de la fraternité, 5, St Chamond, Loire</i> Famille: son père <i>sa mère, cultivateur entre autres à Saint (Rhône)</i> <i>de la</i> sa grand-mère <i>Catherine Morton V^e Moulard, à St Symphonien (Loire)</i> <i>chez M^r Baptiste Moulard, menuisier, et oncle de la malade</i> <i>son père</i> Claudius et sa femme <i>agent de ville à St Chamond (Loire)</i> <i>sa sœur</i> Emilie <i>fr. Guigal, sous-secrétaire à St Chamond (Loire)</i> <i>de</i> Julie <i>bonne à d'avis, rue St Germain l'Épervier, 30^e</i> <i>son père</i> Eugène <i>cultivateur à Courquimp la giraudière (Rhône)</i>		

RENSEIGNEMENTS.

Les très longues carrières asilaires

La consultation d'une quinzaine de dossiers individuels à Montfavet et au Vinatier donne une idée de la diversité des contextes et des situations familiales, et invite à ne pas généraliser trop hâtivement sur ces internements de longue durée.

Trois cas font état d'internements multiples. Ce sont donc d'encore plus longues carrières asilaires qui se sont déroulées avec quelques intermèdes de sorties :

Trois internements pour Marie O. au Vinatier. Le premier avait eu lieu en 1901 à l'âge de 26 ans et le troisième en 1903, soit trente années de vie asilaire entrecoupée d'arrêts.⁴⁰²

Six internements pour Eugénie G., elle avait 16 ans lors de sa première admission à l'asile, et 30 ans pour la dernière. Elle est décédée à l'âge de 40 ans, soit vingt-quatre années de vie « avec l'asile ».⁴⁰³

Neuf internements pour Magdeleine G. Le premier en 1881, elle avait 16 ans, elle était décrite en « état d'excitation mentale avec des convulsions hystérisiformes ». Elle était placée volontaire par son père. Sa mère était déjà morte, le certificat note qu'elle s'était suicidée. Dans son dossier sont conservés les documents d'entrée à 18 ans, 20 ans, 24 ans, 29 ans, 30

⁴⁰² Le Vinatier, Q318 N°12816. Q1004. Marie O. Entrée le 1^{er} février 1903. Décédée le 2 janvier 1933.

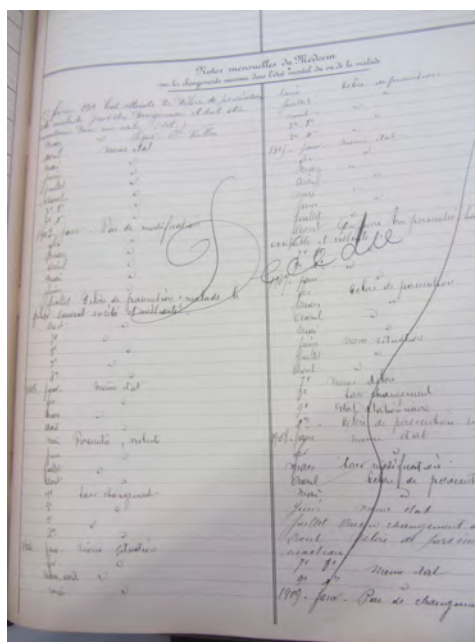
⁴⁰³ Montfavet. R76. N°762786. Célibataire, entrée à l'âge de 30 ans, le 2 août 1904, placée d'office. Décédée le 5 février 1928.

ans, 36 ans, 38 ans, avec des accès maniaques et parfois violents, et ceux de ses sorties tantôt « améliorée », tantôt « guérie de son accès ». Elle va décéder à 73 ans. C'est donc une très longue histoire asilaire, de 16 ans à 73 ans, soit de 57 années, sans oublier celle de sa mère qui avait également connu l'asile avant elle.⁴⁰⁴

Idem, pas de changement

Les pages des registres sont remplies de « *même état stationnaire* », « *idem* », « *pas de changement* ». On trouve ce type de page dans tous les asiles. La photo suivante a été prise dans un des Registres du Vinatier.

**Photo 11 - Cette page est typique des séjours de longue durée « sans changement ».
Registre des Lois, Le Vinatier**



Une ou deux fois par an, deux ou trois mots viennent résumer l'état de la personne et le fixer sur une ligne qui interrompt la succession des « *idem* ». Peut-être ce bulletin est-il envoyé à quelques familles qui l'ont demandé. Les suivis mensuels, mis les uns au bout des autres, forment le tableau de ce qu'il en était de cette population, oscillant entre des états de stupeurs, d'agitation incontrôlée, et parfois de gâtisme. Les états d'affaiblissement ou de démence sénile ne sont plus d'origine, ils se sont maintenant formés en vieillissant à l'asile :

« Mélancolie, stupeur, gâtisme, aucun changement. »

⁴⁰⁴ Montfavet. R76. N°2946. Magdeleine G. Pour son dernier internement, elle entrée le 1^{er} mai 1905, et elle est décédée le 20 janvier 1939, de « sclérose cardio-rénale ».

« Est toujours hallucinée et incohérente, très violente parfois, jette tous les objets qu'elle peut trouver. »

« Très excitée, troublée, incohérente, malpropre. »

« Crises suivies de violence qui rendent cette malade fort dangereuse (de 9 à 40 crises d'épilepsie par mois). »

« Très excitable et difficile à conduire, ne peut être rendue à sa famille car elle est dangereuse pour la sécurité publique, délire systématisé. »

« Hallucinée et parfois violente. Elle n'est nullement en état de sortir. »

« Toujours très agitée il est probable que son agitation diminuera. Mais il n'est pas encore possible de se prononcer sur la possibilité de sa guérison. »

« Toujours mêmes idées d'indignité et de ruine, s'occupe un peu est propre, s'alimente et dort bien. »

« Réactions violentes, a frappé la supérieure à la visite. »

« Aucune modification, elle est donc encore dangereuse et n'est pas en état de sortir. »

« Confusion mentale, peut être acheminement vers la démence. »

« Atteinte de folie avec idées de persécution. Etat physique excellent. Chances de guérison faibles. Toujours dans le même état lypémanique...hallucinations et idées de persécution. (...) Il serait indiqué de tenter une sortie d'essai. (...) Toujours dans le même état. »

« Etat mental halluciné, parle seule, idées de persécution, s'occupe, propre, s'alimente bien, santé physique bonne... Même état, idem. »

Avec cette petite note rassurante à l'intention d'une famille : *« Désordonnée, incapable de s'occuper, troublée, inconsciente de son état, ne paraît pas souffrir de son séjour à l'asile. »*

Au Vinatier, une femme, est décédée *« d'un coup porté, la nuit, par une autre malade, persécutée »*. Le courrier adressé par le directeur au préfet ajoute « qu'aucune faute n'a été relevée contre le personnel de garde ». ⁴⁰⁵

Dans les dossiers, figurent des affaires d'argent, de mobilier, de plaintes au procureur. Mais on trouve aussi des dossiers lourds de souffrance avec un cas d'automutilation, de délire de possession.

« Depuis quelques temps est de plus en plus triste, (...) s'égratigne toute la journée, fait beaucoup de difficultés pour s'alimenter parce qu'elle voudrait se détruire (...) » puis « même état, sans changement ... » ⁴⁰⁶

Ayant à sortir régulièrement les registres de Report ⁴⁰⁷ du Vinatier et de Montfavet, je me suis livrée à une rapide investigation, sur les pages des femmes internées entre 1900 et

⁴⁰⁵ Le-Vinatier. Q317. N°11962. Antoinette B. 29 ans, célibataire, dévideuse. Entrée le 7 juin, 1901. Décédée 30 août 1933.

⁴⁰⁶ Montfavet. R28 N°2113. T.D. 28 ans, célibataire, sans profession, placée volontaire le 20 septembre 1909, puis transformé en placement d'office, décédée le 13 septembre 1922, de cardiopathie.

1905 au Vinatier. Elles ne font leur entrée dans ce registre que lorsque celui des Lois ne permet plus de prendre note de leur suivi mensuel, soit apparemment à partir de la treizième année. Cent un cas figurent dans les pages des deux registres pour ces six années.

Les durées de séjour vont de treize à cinquante-sept années, avec une moyenne de vingt-sept ans et six mois. Elles étaient cinquante-trois célibataires, soit la moitié de cet effectif, trente-cinq étaient mariées et onze étaient veuves. Les femmes entrées à moins de 42 ans constituaient 70% de ces très longs séjours. On retrouve donc les mêmes tendances que dans notre échantillon.

Conclusions de cette troisième période

A la norme médicale instituée de la guérison de la première année succède la norme inversée, tout autant instituée et intériorisée, celle de la fin de vie à l'asile, sans autre recours que l'hospice, et encore...

On a vu encore trois cas de sorties témoignant de la détermination des familles et des femmes qui voulaient sortir, avec l'appui des médecins. On a vu aussi trois parcours d'internées, sorties et revenues à l'asile, pour y rester définitivement.

On est passé d'une phase active à une période qui apparaît plus passive et résignée, avec les décès au fil des ans des dernières « survivantes » qui tiennent bon. Sauf pour les asiles de la Seine qui ont continué leurs transferts jusqu'à la totale disparition de leurs effectifs dits « incurables » ou devenues « insortables » par le simple fait d'avoir passé tant d'années à l'asile. Après la dispersion des dernières transférées, il ne reste que les décès continus au fil des ans.

Avec le temps qui passe, c'est aussi les familles, les parents, les maris, les enfants qui s'éloignent, disparaissent, décèdent.

A lire les descriptions des dernières survivantes, on a le sentiment que plusieurs types de femmes restent ainsi durablement à l'asile : celles qui sont manifestement en proie à des délires et hallucinations - « toujours très agitée, très persécutée, démente, impulsive et violente, difficile à gérer, méchante, incapable de s'occuper » - celles qui vieillissent alitées et devenues « gâteuses », et enfin d'autres « plus calmes » qui s'occupent et pourraient être ailleurs, mais il n'y a pas d'ailleurs possible... elle y vivent, travaillent ou s'occupent,

⁴⁰⁷ Le Registre de « Report », est un registre spécial, une suite du Registre des Lois, pour les cas de longs séjours. En effet, le Registre des Lois comporte pour chaque personne entrée, le même nombre de pages, entre deux et quatre pages, selon les asiles. Lorsque ces pages prévues sont remplies, le suivi mensuel, se poursuit dans cet autre registre dit des Reports. Je ne les ai sortis qu'aux archives du Vinatier et de Montfavet, je ne sais pas s'ils existaient dans les asiles de la Seine.

traversent les épidémies et les infections. Période de désespoir médical et social évoquant une forme d'abandon. Quoi qu'il en soit, celles qui ont vécu ainsi toutes ces années devaient avoir une santé exceptionnelle... et un moral à toute épreuve pour survivre ainsi aux conditions de vie à l'asile !

Les asiles de la Seine se sont évités en partie cette confrontation au vieillissement et aux fins de vie asilaires en la transférant dans la colonie familiale et dans les asiles de transferts.

D. D'autres types de carrière : d'asile en asile

Les carrières que nous venons d'évoquer au cours de ces trois périodes se déroulaient, sauf pour trois d'entre elles, qui avaient connu des sorties et des retours à l'asile, dans une continuité sans faille, dans le même asile. Le travail sur les seuls Registres des Lois d'un même asile, ne permet pas de prendre la dimension des rechutes ni du type de carrière qu'elles engendrent, ni du devenir et des carrières des transférées. Or les transferts, on l'a déjà vu concernent près de 25% des femmes de notre échantillon et les rechutes, on va le voir, touchent 14% de cette même la population. Autant de carrières, d'asile en asile, ou avec l'asile en « toile de fond ».

Nous allons maintenant tenter de saisir ce qu'il en est de ces carrières particulières.

1. Les rechutes, sortir et revenir

*« Quelques jours après sa sortie, ma femme me donna des inquiétudes en m'apercevant que la folie la reprenait. Cet état n'a fait qu'empirer. Elle manifesta l'intention de se suicider, menace les personnes qui s'approchent d'elles... »*⁴⁰⁸

Les internements multiples donnent une empreinte particulière à ces vies ponctuées d'entrées et de sorties et de retours à nouveau, parfois cinq, six fois et même plus.

Pour les médecins, les rechutes étaient considérées comme essentiellement le fait des alcooliques, des sorties prématurées sous la pression des familles, de la difficulté de se réinsérer dans la vie sociale et urbaine et enfin de la « folie circulaire » dite aussi « folie à rechutes » :

⁴⁰⁸ Montfavet. R24. N°1977. Dossier. Mélanie M. 25 ans, mariée, 25 ans. Première admission 19 avril 1906, sortie « non guérie » le 30 juin 1906. Deuxième admission 19 août 1906. Sortie guérie le 8 janvier 1907. Cas déjà cité.

A Ville-Evrard en 1900, le docteur Febvré, commente le tableau des entrées qui comprend 396 entrées en première admission et 51 entrées par rechutes (soit 11% d'entrées par rechute). Pour lui ce nombre est « assez élevé », mais il ajoute « il n'y a pas lieu d'attacher une grande importance à cette constatation. A ceux qui savent combien les médecins aliénistes facilitent les sorties à titre d'essai, le chiffre des rechutes ne paraîtra pas exagéré. »⁴⁰⁹

D'un point de vue statistique, à partir de 1900, les premières admissions devaient être systématiquement prises en compte. La présentation du tableau des admissions comporte alors quatre rubriques : « les premières admissions », « les rechutes », « les réintégrés suite aux évasions et aux sorties avant guérison » et les admissions par « transfert ou venant d'un autre asile ». ⁴¹⁰ Dans le tableau qui suit nous avons retenu les trois premières rubriques :

Tableau 33 – Première admission et rechute des femmes internées dans les asiles départementaux en France en 1901 et 1905

	1901	%	1905	%
1ere fois	5.233	82%	5.400	82%
Rechute	850	13%	872	13%
Réintégration	316	5%	281	4%
TOTAL	6.399	100%	6.553	100%

*Calculs effectués à partir du tableau XII de la Statistique des établissements d'aliénés*⁴¹¹

Ainsi, en 1901 et 1905, le taux de rechute pour les femmes dans les asiles départementaux en France se situe entre 13% et 18% selon que l'on s'en tient aux seules « rechutes » ou que l'on y adjoint les « réintégrations suite aux évasions et aux sorties avant guérison ». Le taux de rechute des hommes est très légèrement supérieur (14%), pour ces mêmes années.

Dans notre enquête nous avons traité la question de deux façons. D'abord sur les 1.189 unités, en relevant pour chaque cas les annotations « déjà traitée » ou « 3e internement » ou l'absence d'indication de ce type. Cette mention était dispersée dans divers certificats, et il n'est pas certain qu'elle soit ni toujours écrite, ou que nous l'ayons prélevée. Au final cent soixante et onze cas ont ainsi été relevés, soit un taux de 14% de rechutes pour l'ensemble de l'échantillon ; proportion qui est du même ordre que celle de l'ensemble des asiles départementaux. Cette variable est marquée par une corrélation avec l'âge de 40-49 ans

⁴⁰⁹ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op.cit.* Année 1900. Montévrain. Imprimerie. Tableau n°2 « Admissions pendant l'année » p. 160.

⁴¹⁰ Statistique générale de la France. Statistique annuelle des institutions d'assistance. Imprimerie Nationale. 1903 – 1907. *Statistique des établissements d'aliénés*, vol 1844-1852, vol 1854-1860.

⁴¹¹ Ibid.

à l'entrée en asile, ainsi qu'avec « l'état maniaque » d'une part, et la dite « folie circulaire » d'autre part. Mais ces relevés ne nous parlent que du passé, et non de la carrière dans son ensemble puisque les internements qui adviendraient suite à une sortie guérie ou améliorée ne sont pas repérables à partir du Registre des Lois. Seuls les dossiers individuels qui sont organisés sur une base individuelle rassemblent dans une même chemise tous les dossiers ouverts au nom d'une personne, pour chacun de ses internements.

Ensuite, nous avons cherché à consulter les dossiers individuels de personnes signalées « déjà internée ». Mais surtout, lorsque nous avons eu à notre disposition des boîtes de dossiers, il a été possible, du fait de l'épaisseur de certains d'entre eux, de sélectionner et d'analyser d'autres dossiers d'internements multiples. C'est ce que l'on pourrait appeler la sélection par la « matérialité de l'archive ». ⁴¹² Dix-neuf autres dossiers ⁴¹³ de femmes internées dans la même période ont été ajoutés aux trente-cinq cas de notre base pour constituer un ensemble de cinquante-quatre cas documentés de rechutes. Ce groupe de « rechutes » ou de « retour à l'asile » forme en fait une collection de cas individuels, nouvel artefact d'étude, dont la représentativité n'est pas assurée. Cet effectif n'est pourtant pas anodin, et permet de repérer quelques particularités notables.

Toutes ces femmes ont fait partie des sorties guéries et améliorées dans les huit premiers mois avec des séjours de deux à six mois. Contrairement à ce que l'on a vu avec les trois cas de très longs séjours, où des internements multiples s'étaient terminés par un décès à l'asile, nombre d'entre eux, malgré leur haute fréquentation de l'asile, se terminent ailleurs qu'à l'asile pour plus de la moitié de ces cas. Il faut distinguer les histoires pour lesquelles il n'y a *qu'une* rechute de celles qui connaissent des *retours multiples*, avec un rythme presque régulier de vie hors asile et de séjours à l'asile - entre trois et six séjours, et même quinze internements pour l'une de ces femmes. Les temps de séjour à l'asile et les intervalles de vie hors asile sont très variables, mais ils rentrent dans les temps dits courts pour l'époque, c'est-à-dire de quelques semaines à quelques mois.

De deux à quinze séjours

Il semblerait, mais la taille du groupe n'est pas suffisante pour l'affirmer, que le sous-groupe de celles qui ont fait deux séjours ait une proportion de fin de vie à l'asile par transfert

⁴¹² FARGE Arlette. *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil 1989. Seuil Collection Points Histoire. 1997. 154 p

⁴¹³ Ces dossiers proviennent de Maison-Blanche (14), du Vinatier (2) de Ville-Evrard (1), de la Maison de santé de Ville-Evrard (2).

et décès plus importante (deux tiers des 33 cas). Comme si le deuxième internement venait signer pour ces femmes une entrée durable et définitive dans la maladie et à l'asile.

Les formes de maladie concernées ont radicalement changé par rapport à l'échantillon d'origine, avec en tête le délire de persécution, l'état maniaque caractéristique des crises de folie périodique, et les troubles puerpéraux. Ces deniers qui étaient très minoritaires dans l'échantillon de départ (2%), se caractérisaient par un « bon » taux de sortie la première année, ils sont maintenant très présents dans cet ensemble de cas avec six rechutes, dont trois qui se terminent par un long séjour et un décès à l'asile.

Qu'il s'agisse des crises maniaques par alternances ou des délires de persécution, ces formes de maladie n'altèrent ni l'intelligence, ni la lucidité dès que les symptômes de crise s'atténuent. C'est ce que signale le docteur Pierret dans son certificat de sortie pour cette femme qui va connaître cinq séjours de deux à six mois sur quatre années à l'asile de Bron, puis un dernier séjour final de treize années et son décès à l'asile⁴¹⁴ :

« Me J. est atteinte de délire de persécution systématisé depuis longtemps, et que je crois tout à fait incurable. En dépit de son délire qu'elle masque du reste comme elle le peut, cette femme est lucide et peut rendre des services dans son ménage. »

La sortie de l'asile entre deux séjours est « réclamée » par les parents et époux qui viennent « retirer » leur malade comme on a l'habitude de le lire. On va pourtant constater une certaine usure de leur part lors des internements multiples.

Surprise, lassitude et résignation

La conviction s'installe chez les médecins et chez les familles, avec une certaine lassitude, qu'il ne peut en être autrement que d'aller et venir entre l'asile et la maison :

A la fin du quatrième internement de cette jeune fille atteinte d'épilepsie, le médecin signe ce certificat : « Peut être rendue à sa mère qui ne cesse de la réclamer. Comme d'habitude on ne la gardera pas longtemps. »⁴¹⁵

Suite au retour de son épouse internée pour alcoolisme et délire de persécution, le mari de cette femme de 27 ans écrit au médecin-chef (juin 1904) :

⁴¹⁴ Le-Vinatier. 953. N°11303. Céline J. Mariée, repasseuse, première admission à 45 ans, en 1895, placée volontaire. Cinq séjours entre 3 et 6 mois, de 1895 à 1899 avec « sortie, dans le même état, retirée par son mari », puis une dernière admission en 1900. Son mari décède peu après. Elle reste à l'asile jusque son décès en septembre 1913, soit 13 années.

⁴¹⁵ Maison-Blanche D4X350. N°13696. Louise B. Premier internement en mars 1901, à l'âge de 35 ans, célibataire avec des crises d'épilepsie convulsive, puis en 1902, en 1903, en 1906, en 1908. Toujours sortie avant guérison par son père ou par sa mère.

« ... Je constate avec amertume que R.M., ma femme, qui est sortie de votre précieux établissement, n'est pas entièrement guérie de son malaise mental (...), pour mon compte personnel, j'ai acquis la conviction absolue que sa maladie est incurable, j'en ai fait la douloureuse expérience et sans doute vous partagez mon avis ? » ⁴¹⁶

Rechute ou réintégration après une sortie à l'essai ? C'est ce qu'illustre le cas suivant : Marie B. était entrée en janvier 1908 à l'asile. Elle s'était s'améliorée mais restait « *très tourmentée* », le médecin avait mis en garde son fils contre une sortie prématurée ». Finalement, un peu plus d'un an après, en mars 1909 il lui écrit : « *La malade est moins anxieuse, reste néanmoins un peu inquiète. Vous pourrez peut-être essayer de la prendre chez vous quelques temps à titre d'essai. Veuillez venir me parler à ce sujet, dimanche prochain* ». Elle sort donc de l'asile. Trois jours après sa sortie, son fils envoie ce courrier au médecin-chef de Maison-Blanche :

« *Ma mère Madame B. sortie hier à titre d'essai a été très mal aussitôt arrivée à la maison et aujourd'hui nous sommes obligés de la tenir, elle a une crise et veut se jeter par la croisée. Je fais venir de suite notre médecin habituel Mr le Dr Losé, rue de la Motte Piquet et demain vendredi je la mènerai à Maison Blanche nous l'avons surveillé la nuit dernière, espérant toujours que la crise passerait, mais aujourd'hui c'est pire.*

Je regrette de vous avoir dérangé mais jamais j'aurai prévu ce nouveau malheur » ⁴¹⁷.

Il s'agit effectivement d'une réintégration, comme il arrive parfois dans ce type de sortie.

Rechute et peur de la rechute, une angoisse particulière

« *Nous avons eu une grande déception au sujet de ma sœur, M. D. Il y a quelques temps elle est sortie, nous l'avons crue guérie, et maintenant nous ne savons pas s'il y a encore espoir de la revoir parmi nous, en attendant un peu* » (...) et quelques mois plus tard : « *Ma sœur me dit qu'elle ne veut pas venir chez nous parce qu'elle nous ennuerait avec ses manières et qu'elle ferait peur à notre petite fille qui a quatre ans* » (...) « *Je viens vous demander si nous pouvons risquer de la sortir sans danger, nous voudrions tant pouvoir la soulager.* » ⁴¹⁸

Cette angoisse est parfois exprimée directement par les femmes concernées ou dans les courriers qui parlent d'elles. Ainsi Marie D., qui a connu deux internements de cinq et neuf mois ; elle écrit au médecin trois jours après sa deuxième sortie :

⁴¹⁶ Montfavet. R76. N° 2768. Augustine G. Premier internement à 25 ans, mariée, le 12 juillet 1902, sortie guérie le 24 avril 1904. Deuxième internement, le 12 juillet 1904 dont elle ne sortira pas. Décédée en 1954, soit 50 ans après.

⁴¹⁷ Maison-Blanche D4X350.N°131591. Marie Françoise B. 51 ans, mariée et placée volontaire par son fils. Entrée le 16 janvier 1907. Sortie avant guérison le 31 mars 1909. Réintégrée le 6 avril 1909. Pas d'information sur la suite.

⁴¹⁸ Maison-Blanche. D4X351. N°139312. Marie D. 45 ans, célibataire, placée volontaire. Trois séjours, en 1907, 1908, et 1908, et trois sorties avant guérison.

Monsieur le Docteur

*Je viens vous demander de rentrer à Maison-Blanche, car je me sens incapable d'aller plus loin. Je me sens malade partout où j'irai, j'ai un très grand regret mais mieux vaut être à l'abri que de faire des choses déloyales. Ma soeur remplit les formalités voulues et je partirai demain pour la Maison-Blanche. Recevez monsieur le docteur mes salutations respectueuses.*⁴¹⁹

Ses certificats d'admission mentionnaient «une psychose chronique, une mélancolie avec conscience, du désespoir, des idées de suicide avec la crainte de ne jamais pouvoir guérir, des ecchymoses de la face consécutives à des coups que s'est donnée la malade avant son entrée ». Elle sortira dix mois plus tard, « remise en liberté, très améliorée ».

Cette jeune femme de 25 ans, avait été admise d'urgence en juin 1908, quatre jours après son accouchement pour un accès de « manie puerpérale ». Puis elle était sortie, six mois plus tard, «guérie » et pouvant « être rendue à son mari ». Une nouvelle admission intervient le mois suivant ; le certificat du médecin de ville décrit avec force détails la demande de cette femme de revenir à l'asile (les mots sont soulignés par le médecin, auteur du certificat) :

« Ces jours derniers, à la suite de tracas familiaux, elle fut reprise de quelques troubles d'énervement, d'agitation et d'impatience, et se sentant incomplètement guérie, elle regrette d'être sortie trop tôt, criant de retomber dans un état aussi grave qu'en juin et demande de toutes ses forces de retourner dans l'isolement et la tranquillité juge encore très sagement nécessaire à son état.

Malheureusement cette idée de retourner à l'asile est devenue chez elle une obsession ; et si satisfaction ne lui est pas donnée, son état ne pourra avoir d'autre voie que l'aggravation. Son voyage d'hier à Maison Blanche d'où elle fut éconduite faute des pièces administratives, ses démarches au commissariat de police tendant à être internée de nouveau, ses tentatives de fuite fréquentes pour tenter de nouveaux efforts dans ce but, sa hâte de voir terminer le plus tôt possible ce certificat nécessaire, ses craintes de ne pas être réadmise à l'asile Maison-Blanche, témoignent clairement que si elle n'est pas rapidement satisfaite dans son idée fixe, elle reviendra rapidement dans un état d'aliénation mentale sans lueurs et qu'elle pourra devenir dangereuse pour elle et pour son entourage. » (Signature difficile à déchiffrer) « Lilas le 5 janvier 1909. »⁴²⁰

A Montfavet, c'est le médecin de l'asile qui se fait l'écho des propos de cette jeune femme de 25 ans, dans les bulletins adressés à son mari :

« Elle-même se rend compte qu'elle n'est pas assez bien pour retourner dans sa famille » (...) reconnaît qu'elle n'est pas encore guérie et manifeste le désir de rester à l'asile plus

⁴¹⁹ Maison-Blanche D4X351. N°139312. Marie D. Célibataire, cuisinière et 45 ans lors de son premier internement, placée volontaire par sa sœur. Trois internements de 5 à 9 mois entre 1907 et 1909. Revient chaque fois à l'asile dans les quelques jours qui suivent sa sortie.

⁴²⁰ Maison-Blanche D4X350. N°138708. Justine A. Premier séjour : 25 ans, mariée, placée volontaire le 2 juin 1908, pour « manie puerpérale, quatre jours après son accouchement, sortie le 11 décembre 1908, guérie. Deuxième séjour : 7 janvier 1909, amenée par sa mère, le certificat de l'asile « dépression mélancolique avec idées de suicide », sortie guérie le 30 mars 1909.

longtemps encore. Si toutefois vous voulez la prendre à la fin du mois nous n'y mettrons pas d'empêchement. » C'est ce qui a eu lieu avec un avis défavorable du médecin. Puis elle est réintégrée quelques jours après sa sortie, les notes d'observation médicales la décrivent « calme depuis 11 jours, s'occupe, est lucide, ne demande pas sa sortie parce qu'elle-même craint une rechute. Etat peut-être transitoire. A cause des précédentes crises qui caractérisent la folie circulaire, il vaut mieux attendre avant de proposer la sortie de l'asile au mari ». Trois semaines plus tard : « Se maintient calme, docile, raisonnable dans ses idées et ses actes. A conscience de son état et paraît guérie. Veut sortir. »⁴²¹

Dans les deux courriers précédents, les médecins font une large place à l'expérience et à la demande de chacune de ces femmes, à la conscience qu'elles ont de leur état, de ce qu'elles ressentent de leur possibilité ou non de vivre chez elles, à leur demande de passer encore quelques temps à l'asile. Expérience autre que celle de l'internement d'office ou décidé par un tiers, même si pour des raisons légales et administratives, l'un des deux devra signer la demande d'admission.

Retours difficiles au domicile et dans les familles

Ces histoires qui s'inscrivent dans le temps révèlent aussi les ordinaires de la vie hors asile : un divorce entre deux internements pour l'une, le décès du mari ou de l'un des parents pour d'autres, une mère qui s'inquiète de savoir pourquoi sa fille « *ne veut pas venir avec son mari lorsqu'il va la chercher ?* », des femmes dont il est écrit « *était en mauvaise intelligence avec son mari et son fils* », des délires dits de « *jealousie morbide* » confortés par la réalité, des relations compliquées avec les voisins. Toutes sortes de difficultés, « le désordre des familles⁴²² », comme le dit Arlette Farge, affluent à cette occasion dans les courriers. Tel ce monsieur, au deuxième internement de son épouse, qui va en connaître quatre autres :

« Je ne sais plus où aller, je ne gagne pas beaucoup ma vie... je suis encore obligé de déménager parce qu'elle ne veut plus revenir à la maison où les voisins lui en veulent... j'hésite à la reprendre, j'ai peur je le répète... avec sa terrible persécution de la jealousy... »⁴²³

Ces malades aux séjours multiples sont victimes du même type de problèmes que ceux qui ont été évoqués dans les cas de séjours de longue durée : des familles qui ne peuvent

⁴²¹ Montfavet. R24. N°1977. Mélanie M. 25 ans, mariée, placement volontaire. Premier séjour du 19 avril 1906 au 30 juin 1906. Sortie « non guérie ». Deuxième séjour du 19 août 1906 au 8 janvier 1907. Sortie « guérie ». Cas déjà cité.

⁴²² FARGE Arlette, FOUCAULT Michel. *Le désordre des familles. Lettres de cachet des Archives de la Bastille au XVIII^e siècle*. Gallimard. 1982. Folio, 2014. 485 p.

⁴²³ Maison-Blanche. D4X351. N°139099bis. Aline S. Quatre dossiers et trois entrées antérieures au premier dossier 1901, avec des séjours de 2 à 7 mois jusqu'en 1909. Chaque fois sortie « guérie » ou « améliorée de son délire systématisé avec idées de persécution et jealousy morbide avec alcoolisme ancien ou chronique », « peut être rendue à son mari ».

plus payer la pension, des parents qui ne peuvent plus se déplacer pour venir les voir, les proches disparaissent...

Pendant la guerre, la sœur de cette femme est en retard pour payer la pension, elle écrit au directeur, le 8 août 1914 :

« Mon mari reste au Sénégal où il sert dans l'artillerie, je ne sais si le paiement de la pension pourra s'effectuer régulièrement. En tout cas ne déclassez jamais ma sœur sans m'en aviser au préalable. (...) je ne peux communiquer avec mon mari, mais dès que ce sera possible nous ferons un arrangement. Ayez donc patience s'il y avait des retards pour le prochain paiement. » (Le soulignement au crayon bleu semble avoir été ajouté par l'asile).

Puis le 2 décembre 1917, de Saint-Louis du Sénégal :

« Monsieur le médecin en Chef,

L'économe nous a réclamé dernièrement 60 frs pour acheter à ma sœur, des chemises, souliers, parfumerie, du chocolat, du sucre. (souligné par l'auteur de la lettre). Ce dernier article nous a étonnés. Ne donnerait-on plus de sucre aux pensionnaires de sa classe ? Doit-elle prendre des aliments, (tisanes, café- sans sucre, si elle ne le fournit pas en plus ? Excusez-moi monsieur le docteur de vous importuner peut-être en vous demandant tous ces détails. Cette longue séparation est pour moi toujours plus attristante, d'un autre côté les trop nombreux torpillages dans nos parages nous empêchent depuis la guerre de rentrer en France.

Soyez assuré, Monsieur le médecin en Chef, de toute ma considération et recevez mes remerciements anticipés. »⁴²⁴

Un secret bien gardé et des ressources exceptionnelles

Le dossier de Madame B., rentière et propriétaire, comporte neuf dossiers de séjours à la Maison de Santé de Ville-Evrard, depuis l'année 1897 où elle est entrée à l'âge de 54 ans, jusqu'au dernier en 1907. Elle est admise chaque fois « dans un état d'excitation maniaque » et sort deux ou trois mois plus tard, « avant guérison » ou « guérie », selon les circonstances. Elle est propriétaire de son appartement et rentre chez elle, accompagnée de son beau-frère et accueillie par ses voisins. Je découvre dans ce que je croyais être le premier dossier d'internement qu'en fait, elle était « déjà traitée », et qu'il s'agit de son huitième internement. Le premier avait eu lieu, en 1884, lorsqu'elle était âgée de 42 ans. C'est donc une vie en alternance permanente avec des internements à la Maison de santé qui s'est ainsi déroulée pendant trente-huit ans, jusqu'à son décès. En 1897, elle était entrée comme pensionnaire de

⁴²⁴ Montfavet. R28. N°2149. V.F. âgée de 40 ans, mariée, entrée volontaire le 27 octobre 1910. « Psychose de la grossesse. Sortie le 21 juin 1911. Améliorée. Puis de nouveau le 27 septembre 1913, décédée le 6 août 1919, de tuberculose pulmonaire.

2e classe, puis les années suivantes en 3^e classe, enfin, à la suite du décès de son beau-frère en 1921, elle « passe » lors de son dernier internement de la Maison de Santé à l'asile.

En 1909, lors de son quinzième internement, un courrier est adressé au procureur de la République et transmis à la maison de santé :

Lille, le 13 mars 1909

A Monsieur le Procureur de la République (Paris),

Monsieur le Procureur

Vous priant d'excuser la liberté de la présente, je viens m'adresser à votre extrême obligeance pour me faire tenir au plus tôt le renseignement suivant.

J'ai une soeur à Paris, enfermée comme folle soit à Lariboisière, soit à Ste Anne. Je ne puis malgré mes lettres au Directeur de ces 2 établissements avoir des nouvelles de ma sœur, les autres membres de la famille ne veulent rien me laisser savoir, je suis pourtant le chef de la famille. Ma sœur se nomme Mademoiselle A.B.

Vous m'obligerez infiniment si possible en me donnant des nouvelles que je n'ai pu avoir depuis près de 10 ans. Vous remerciant à l'avance,

Veillez agréer, Mr le Procureur, mes respectueuses salutations.

M. B. de P.

Il n'y a pas de trace d'une réponse faite au Procureur ou au destinataire de cette lettre. Peu après son décès, un de ses héritiers se manifeste par notaire interposé. « L'un de ses héritiers croit savoir qu'elle aurait fait un testament ». Une réponse du directeur lui indique que :

« Le dossier de Melle B. ne contient aucun renseignement sur un testament quelconque qui aurait été fait ici à l'établissement, mai qu'il est possible qu'avant son premier internement en 1897 ou pendant les intervalles de ses nombreux internements successifs, elle ait fait un testament dont je n'ai pas connaissance. »⁴²⁵

« Si vous pouviez la garder et la faire travailler à l'asile »

Qu'elles restent travailler à l'asile et que le directeur les embauche, c'est ce que demande le frère de l'une et le beau-frère de la seconde

Le frère de cette jeune femme de 24 ans, internée suite à des excès alcooliques dans des bars où elle se prostituait, s'adresse au directeur de Montfavet le 10 janvier 1905 :

«Monsieur le directeur

Je m'empresse de répondre à votre lettre dans laquelle Monsieur me prie de venir chercher ma sœur Louise R. je viens vous prier , monsieur si vous pouviez la garder comme domestique la faire travaillé. Elle serais en sûreté car n'ayant aucun moyen et ne pouvant me sufire ma mère étant à l'hôpital et ne

⁴²⁵ Maison de Santé de Ville-Evrard. DM571. N°34423. Marie Alphonsine B. Quinze internements, entre 1884 et 1907. Décédée lors du dernier internement en 1922, à l'âge de 80 ans.

*pouvant m'en occuper, je vous serez très reconnaissant si vous pourriez me la garder car vous lèveriez une malheureuse de la rue, sinon veuillez la faire sortir elle fera ce qu'elle pourra.»*⁴²⁶

Copie de la réponse au dos de la lettre :

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer, en réponse à votre lettre du 10 courant que le règlement ne me permet pas de prendre comme employé des personnes ayant été en traitement à l'asile.

Melle R, autorisée à sortir seule de l'établissement a déclaré qu'elle se rendrait à votre domicile, à Avignon, dans la journée de demain, jeudi 12 courant.

Veuillez, etc.

Ici, c'est le beau-frère de cette femme qui s'adresse au directeur de l'asile, lors de son sixième internement en treize ans, depuis l'âge de 35 ans. (Courrier dactylographié avec en-tête « Monsieur G. Industriel », le 9 mars 1918).⁴²⁷

« Monsieur le Directeur de l'asile de Montdevergues

Je me permets d'appeler votre attention sur l'internée M.J. venant de St Saturnin les Avignon. Cette femme est internée pour la 5^e fois. Elle est à la charge de sa mère âgée de 84 ans qui ne possède rien. N'y aurait-il pas moyen lorsque elle est dans les alternances de santé de la conserver parmi le personnel complémentaire de l'asile. Elle rendrait des services et mieux surveillée au point de vue alimentaire hygiénique, etc. il y aurait une chance qu'elle ne retombe pas dans des crises intermittentes.

Recevez Monsieur le Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

La réponse n'est pas dans son dossier, probablement de la même teneur que celle du dossier précédent, puisque sa belle-soeur est restée à l'asile jusqu'en 1934, où elle est décédée d'une broncho-pneumonie.

Vies à l'asile ponctuées de retours à domicile, à moins que ce ne soit le contraire. Vie chaotique ponctuée de séjours à l'asile, ces carrières asilaires avec leurs séjours multiples donnent l'impression qu'une certaine « familiarité » s'est installée, comme un *passage* obligé pour passer une période de crise; il arrive aussi que l'un de ces séjours s'avère être le dernier, celui dont on ne sort plus.

⁴²⁶ Montfavet. R24, R76, R78. Marie Louise R. Trois dossiers d'internement. 8 novembre 1904-12 janvier 1905. Sortie guérie. Juillet –octobre 1905. Sortie guérie. Juillet –décembre 1907. Sortie guérie, seule.

⁴²⁷ Montfavet. R78. N°3066. Six dossiers. Jeanne M. Premier dossier en 1905. Les quatre premiers séjours sont de deux mois, un séjour de deux ans, et ensuite internement à vie. « Crises d'agitation, fonds hystérique interprétations délirantes de nature érotique ».

On aurait pu penser que ces formes de carrières soient la marque de la fin du XIX^e siècle, un phénomène annonciateur de ce que la psychiatrie du XX^e siècle va connaître de plus en plus. Mais elles sont déjà recensées dans le fameux rapport de 1856⁴²⁸ :

« Parmi les 32.876 aliénés traités qui forment l'objet de cette étude, on a compté 1.635 malades rechutés, ce qui établit une proportion de 49 sur 1000 aliénés » (...) Les rechutes sont un peu moins fréquentes chez les femmes que chez les hommes, ce qui s'explique par la plus grande disposition de ceux-ci à la folie ainsi que nous l'avons vu plus haut. D'un autre côté il est notoire que, pour ceux des aliénés du sexe masculin qui sont indispensables au soutien de leur famille, les médecins abrègent, autant que possible, le temps d'épreuve et la durée de convalescence, circonstance qui pourrait n'être pas sans influence sur le nombre des rechutes » (...) « Plus de la moitié des rechutes dans les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre ont eu lieu la première année de la guérison. »

Il nous faut alors peut-être considérer que ces rechutes et ces formes de carrières seraient relatives à certaines formes de pathologie, avec lesquelles, la médecine mentale quelle que soit l'époque, son nom et ses traitements, doit inventer des formes institutionnelles permettant de les accueillir avec des dispositifs appropriés.

2. Les transférées, des carrières doublement subies

Toute autre sont les carrières des transférées, qui après un premier internement font l'objet d'une décision administrative de transfert par décision administrative de la direction des asiles sur proposition des médecins.

J'ai fait l'hypothèse que ces femmes transférées, considérées comme incurables, risquaient de suivre le même chemin que les longs et très longs séjours des deux asiles de province, sans autre issue possible que d'y vivre, survivre et décéder. Je suis donc allée dans l'un de ces asiles réaliser un sondage sur leur devenir. Mais auparavant, deux cas trouvés « par hasard » dans une boîte de dossiers de Maison-Blanche, m'ont alerté sur le fait que la carrière de transférée, n'était peut-être pas aussi « bouclée » que ce que l'on pouvait imaginer.

Une vie de transférée

Cet exemple de transferts successifs est assez étonnant, peut-être exceptionnel, peut-être aussi la marque de ce que le fait de transférer une personne d'un asile à l'autre, n'était

⁴²⁸ Statistique de la France. T.3. Mouvement de la population en 1851, 1852 et 1853. Suivi de Statistique de la France : statistique des établissements d'aliénés : de 1842 à 1853 inclusivement. op.cit. En 1853, pour 4291 admissions de femmes, 804 concernent des rechutes soit 19%. Le taux serait de 17% pour les hommes.

pas la résolution définitive d'un problème, mais bien son transfert en même temps que celui de la personne, et donc au risque de le voir revenir se poser à nouveau :

A.B. Blanchisseuse, 45ans, mariée, a été trouvée sur la voie publique en état d'excitation maniaque. Elle est internée à Maison-Blanche en 1904 pendant deux ans. Le préfet s'inquiète de savoir « si elle est visitée ». On ne connaît pas la réponse qui est faite à cette question.

- Elle est transférée à Moisselles en 1906, où elle passe un peu plus d'un an. Elle y est considérée comme trop violente pour l'établissement : « Se montre bruyante et violente. Elle brise journellement le matériel et déclare qu'elle agira ainsi jusqu'à ce qu'elle soit retirée de l'asile. Elle met régulièrement depuis une semaine cette menace à exécution. En l'absence de local permettant de mettre cette personne hors d'état de nuire, elle doit être transférée. Cette malade a du prolapsus de l'utérus et porte un pessaire. »

- Elle est alors ramenée à Maison-Blanche où elle est visitée par sa fille et son fils.

- Au bout d'un an, elle est de nouveau transférée cette fois dans un asile de province à Fains, dans la Meuse où elle reste dix-huit mois.

- Elle est de nouveau transférée à Maison-Blanche, où elle arrive en septembre 1909. Elle y est visitée le mois suivant par sa fille, qui va se charger de la faire sortir :

Le 20 octobre. Rosny sous Bois

... « Voici plusieurs fois que je vais la voir et je la trouve avec un bon raisonnement et je vois qu'elle demande à sortir vous seriez bien aimable de me donner quelques renseignements a ce sujet et donner les renseignements où faut-il que je m'adresse pour la faire sortir et la prendre avec moi, vous seriez bien aimable de me répondre le plus tôt possible.

Le certificat de sa sortie, le 28 octobre 1909 résume la situation : « Excitation maniaque améliorée. Calme. Peut être rendue à sa fille qui s'occupera d'elle. »⁴²⁹

Cet exemple souligne les relations qui pouvaient exister entre asiles, asiles de transfert, hospices qui appréciaient différemment l'adéquation de l'état et des comportements des personnes ; calme et pouvant être transféré pour les uns, trop agitée et relevant de l'asile pour les autres... avec des malades qui sont ainsi déplacées en fonction de leur état variable, de critères dits médicaux et sociaux également variables d'un lieu à l'autre, en fonction de décisions financières et de dispositions politiques locales et nationales.⁴³⁰

Deux autres dossiers semblables, mais un peu moins chargés, laissent à penser que les transferts donnaient encore lieu à de nouveaux épisodes chaotiques.

Une autre femme, internée à Maison Blanche en 1907, est transférée à Moisselles l'année suivante. Elle est considérée comme trop délirante et excitée et ne peut être

⁴²⁹ Maison-Blanche. D4X350. N°141426. Séraphine A. Première admission, 45 ans, blanchisseuse le 14 mars 1904. Sortie « améliorée, rendue à sa fille », le 28 octobre 1909, après avoir connu quatre transferts successifs.

⁴³⁰ Le roman paru récemment de Marie Le Gall, *Mon étrange sœur*, Grasset 2017, donne idée de cette vie de transférée permanente entre hospice, asile, hôpital psychiatrique et hospice à nouveau, au XXe siècle, ainsi que du désarroi de sa famille.

maintenue à Moisselles, « et doit être transférée d'urgence ». Elle est ramenée à Maison-Blanche. Sa fille se manifeste alors : « Si ma mère va bien, on veut bien se charger de la caser ». La préfecture de police qui suit ce dossier de près s'oppose à sa sortie. Mais trois mois plus tard, le médecin déclare dans un certificat de « situation » que :

« Cette malade est atteinte d'idées de persécutions et d'interprétations délirantes. Elle n'a pas eu de réactions violentes, mais étant donné la nature de son délire, elle a besoin d'être dirigée et surveillée. Elle peut être confiée à un certain Mr B., son parent, qui consent à s'occuper d'elle ». Le certificat du médecin a été envoyé au Procureur de la République⁴³¹.

Dans ces deux cas, les familles, malgré l'éloignement qui s'est produit sont restées en contact et assurent la possibilité des ces sorties.

Les transférées de Bourg-en-Bresse

Bourg-en-Bresse était une des destinations parmi d'autres des transférées des asiles de la Seine. Dans l'échantillon, vingt-et-une femmes de Ville-Evrard y ont été transférées en 1908 et onze femmes de Maison-Blanche y ont été évacuées en 1914. J'ai donc voulu voir ce qu'il en était de la poursuite de leur carrière asilaire.

Les archives départementales de l'Ain ont reçu en dépôt celles de l'asile Sainte-Madeleine de Bourg-en-Bresse⁴³² avec lequel le département de la Seine avait signé un contrat dès 1857 pour 115 places. C'est un grand asile privé, réservé aux femmes des départements de l'Ain et de la Saône-et-Loire (500 places). Il reçoit aussi des pensionnaires payants (560). C'est un établissement tenu par des religieuses, « cent cinquante-cinq sœurs infirmières, et cinquante-trois servantes et aides de service ».

A l'asile Sainte-Madeleine à Bourg-en-Bresse

Les malades venues du département de la Seine partageaient la vie, les quartiers et les espaces de l'asile avec les autres malades, par contre elles faisaient l'objet d'un suivi administratif et médical séparé. Des registres spéciaux étaient dédiés aux transférées de la Seine, avec des feuillets regroupés par asile de départ. Il a donc été facile de retrouver

⁴³¹ Maison-Blanche. D4X355. N°131008. Veuve et prise en charge par un baron célèbre, 45 ans, couturière. Entrée le 29 janvier 1907. Placée d'office. Après un transfert et des tentatives de sortie, je me rends compte qu'il s'agit d'un certificat de situation en septembre 1909, mais je n'ai pas la trace de sa sortie!

⁴³² En 1905 les asiles des départements comptent 2.001 hommes et 3.757 femmes dans cette situation répartis dans toute la France. Le nombre de nouveaux transferts était pour la même année de 299 hommes et de 260 femmes. *Rapport des asiles de la Seine. Année 1905. Op. cit* Mouvements de la population dans les asiles publics de la Seine et dans les asiles de province dans lesquels les département de la Seine a des pensionnaires.

quelques-unes des « transférées de l'échantillon », et d'avoir un panorama général des autres transférées des asiles de la Seine.

J'ai pu retrouver une partie (19) des trente-deux femmes de mon échantillon qui étaient bien arrivées et enregistrées dans cet asile. Qu'en est-il de celles qui étaient déclarées transférées et que je n'ai pas trouvées ? Leur transfert a-t-il été annulé entre temps ? Quelques-unes sont peut-être originaires de la région et figurent sur d'autres registres ? Il est impossible de le savoir. Par contre j'en ai trouvées d'autres qui venaient d'autres années, de la même époque choisie, mais qui ne faisaient pas partie des registres que j'avais étudiés. Enfin j'ai pu élargir mon investigation à l'ensemble des transférées du département de la Seine arrivées à Bourg-en-Bresse entre 1900 et 1908.⁴³³

Sur les trente-deux femmes de Ville-Evrard et de Maison-Blanche, (dix-neuf de l'échantillon et treize appartenant à d'autres registres) :

- Quatre femmes sont sorties, l'une « guérie » et les trois autres « améliorées », dans les trois ans qui ont suivi leur transfert.
- Huit ont été de nouveau transférées vers la colonie familiale de Dun-sur-Auron, avec deux convois collectifs en octobre 1909 et l'autre en juin 1914. Elles ont donc poursuivi leurs carrières dans un troisième type d'asile avec un autre style de vie, le placement dans les familles nourricières et un peu plus de liberté. Les certificats de sortie de Bourg rappellent leurs symptômes, « mélancolie et délire de persécution », et indiquent une note positive : « s'occupe un peu, assez bonne tenue ».
- Dix-neuf sont décédées à Bourg, avec des durées de séjour comprises entre une et sept années. Trois femmes ont connu des durées plus longues de seize à vingt ans. La dernière y est restée 34 ans, elle était entrée à l'âge de 31 ans à Ville-Evrard, puis l'année suivante à Bourg, elle était « brunisseuse » et mariée. Depuis le début, elle était décrite comme se sentant persécutée, avec délire et hallucinations, réactions violentes, et comme pouvant être dangereuse.

J'ai ensuite procédé à un relevé systématique entre 1902 et 1908, des cent cinquante femmes arrivées par convois des différents asiles de la Seine aux dates suivantes :

⁴³³ Ma demande de dérogation, en mai 2016, est intervenue peu après la publication du Rapport 2016 sur les « lieux de privation de liberté ». Le centre psychothérapique de l'Ain était très critiqué pour ses pratiques « centralisées, honteuses, choquantes, illégales, inhumaines » à l'égard des patients, avec en particulier une utilisation de la contention et de l'isolement dans des proportions « jamais observées » notait le rapport. Le centre était dans ce contexte assez réticent à donner accès aux dossiers individuels des patients pourtant limités aux années 1900-1910. J'ai donc travaillé uniquement sur les Registres des Lois et je n'ai pu avoir accès qu'à un seul dossier.

Tableau 34 - Transférées des asiles de la Seine entre 1902 et 1908 à Bourg-en-Bresse

Asile de provenance	Date d'arrivée à Bourg	Effectif
Villejuif	10/04/02	30
Villejuif	10/08/03	23
Maison-Blanche	29/04/04	37
Vaucluse	28/11/04	27
Ville-Evrard	17/02/08	31
Ville-Evrard	15/02/08	2

La majorité (125) avait passé deux années dans ces asiles avant d'être transférées à Bourg, vingt-cinq autres ont passé de cinq et seize années dans leur asile d'origine avant d'être transférées. Peut-être sont-elles ces « bonnes travailleuses » qui rendaient des services, ou des femmes qui faisaient l'objet de visites et de sollicitations telles qu'on avait différé leur départ ? Ou peut-être encore, étaient-elles susceptibles de sortir, guéries, à l'essai ou améliorée, mais cela ne s'est pas produit faute de réunir les conditions nécessaires ?

Plus de la moitié était célibataire (55%), les femmes mariées constituaient 31% de cet effectif et les veuves 14%, ce qui correspond aux tendances que nous avons observées pour celles qui restaient dans les asiles. Il apparaît que la tranche d'âge à l'entrée, de 42 ans à 54 ans, est particulièrement représentée dans cette population.

Leur carrière asilaire n'est, pas ni uniforme, ni complètement terminée : l'une s'est évadée, douze sont sorties guéries (9) ou améliorées (3), et quarante vont être à nouveau transférées ; par contre les deux tiers de ces femmes sont restées dans cet asile et y sont mortes.

Trois convois collectifs en 1909, 1914 et 1920, ont emmené des petits groupes de sept à quinze personnes à Dun-sur-Auron. En effet, suite à l'ouverture de Moisselles en 1905, la colonie familiale de Dun-sur-Auron accusait une baisse sensible de recrutement et la direction des asiles décida de « rapatrier » des malades des établissements de province pour optimiser le remplissage et la rentabilité de cet établissement :

« La colonie est loin d'atteindre le chiffre des mille pensionnaires fixé par le Conseil d'Administration. Il faudra recourir une fois encore aux asiles de province qui hospitalisent des malades de la Seine⁴³⁴ ».

⁴³⁴ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op. cit. Année 1907. Docteur Truelle, médecin directeur de Dun-sur-Auron. p.473.*

Il apparaît ainsi que la vie et la carrière des transférées, sauf pour celles qui sont sorties, était ballottée au gré de décisions générales administratives et financières.

La sortie mouvementée d'une « persécutée »

A Bourg-en-Bresse, le seul dossier que j'ai pu consulter, retrace la sortie d'une jeune femme de 26 ans. C'est une histoire de « persécutée », c'est-à-dire le ressenti classique de celui ou de celle qui est internée, et conteste l'arbitraire ou l'injustice de cette mesure, mais c'est aussi la façon dont on nomme médicalement ceux et celles qui sont pris dans des délires systématiques de persécution. Dans les deux cas, les plaintes sont omniprésentes, avec des arguments et des faits convaincants, un franc-parler, une liberté de langage associée à une intelligence souvent remarquable des situations. Les démarches procédurières, plaintes au commissariat, saisine du procureur sont fréquentes. La question est toujours pour leurs interlocuteurs de ne pas prendre pour un délire ce qui est une plainte réelle et justifiée, et, dans le cas d'une tendance délirante ou d'un délire installé, d'apprécier ce qui est socialement possible pour ces personnes et leur entourage, et vient justifier ou non un internement qui sera toujours contesté ou une sortie pas forcément supportée par l'entourage :

Gabrielle V. est entrée à l'âge de 26 ans à Ville-Evrard en 1907. Elle était célibataire et domestique. Les certificats la décrivent comme atteinte de « débilité mentale, avec idées de persécution, hallucinations auditives, visuelles et génitales, on l'hypnotise dans un but expérimental. Plaintes aux autorités. » A Ville-Evrard le docteur Keraval note son « refus obstiné et avec colère de s'expliquer, ce qui permet de croire à la persistance des mêmes conceptions délirantes ». Elle est transférée à la fin de sa première année d'asile.

A Bourg, elle ne va pas cesser de demander sa sortie, elle y reste trois années et finit par l'obtenir en janvier 1911. Un dossier de cinq pages manuscrites et de courriers, assez difficile à lire, témoigne de sa contestation et de ses démarches pour sortir. A son arrivée, en 1909, elle refuse de répondre aux questions du médecin : « Je n'ai pas de détails à donner, ça suffit... c'est une séquestration, ce n'est pas un internement (...) on ne traite pas les gens d'idiotie, d'imbécillité (...) Je veux mon transfert dans une autre maison ou on sera peut-être plus consciencieux » (...) Je n'ai pas plus confiance en vous qu'aux sœurs (...) C'est vous qui empêchez le procureur de venir ici (...) Je ne veux pas rester chez les religieuses (...) Les sœurs sont des salopes, des vicieuses, le juge d'instruction est de connivence avec elles (...) et vous aussi ». Elle se plaint d'être maltraitée, non soignée, traverse une phase de dépression avec sentiment d'indignité, demande un prêtre pour se confesser et veut faire pénitence dans une cellule, puis en 1910, retrouve son énergie, se dispute avec les autres malades. Elle continue d'écrire au médecin. En juin 1910, son beau-frère répond à un courrier du médecin :

« Monsieur

J'ai reçu votre lettre du 15 courant dans laquelle vous m'offrez de reprendre ma belle-sœur. Mais si elle est guérie, il n'y a qu'à la laisser sortir. Car je pense que l'administration qui s'est chargée de son transfert de Paris à Bourg, peut la réhabiliter. Car pour moi aller la chercher cela m'est impossible,

mes moyens ne me le permettent pas plus de la prendre à ma charge.(...) Si elle est capable de pouvoir gagner sa vie, renvoyez là. Car moi, je vous le répète je ne peux ni la garder ni la faire garder et même pas la prendre chez moi. Au cas contraire peut-être y aurait-il un moyen de la faire rapprocher un peu de sa famille. Quand elle était à Ville Evrard nous allions la voir de temps en temps. »

En juillet 1910, elle refuse de rencontrer le procureur venu la voir : « Salaud, cochon, vous aurez de mes nouvelles (...) Il faut que tout cela finisse. »

En octobre 1910, sa sœur lui écrit :

« Chère sœur ...

J'ai reçu une lettre de Mme la supérieure, disant que Mr le Docteur en chef te trouvait guérie et que dans quelques jours je recevrai une dépêche pour aller à la gare de Lyon. Toi tu me demandes d'aller te chercher à Bourg, mais je trouve que tu ne doutes de rien, mes moyens ne me permettent pas de faire ce voyage. Je travaille pour gagner ma vie ainsi que ton beau frère, bien des fois je suis malade mais je vais travailler quand même si je veux garder mon ouvrage. Tu dis que tu nous a demandé de l'argent, mais je n'ai pas d'argent à t'envoyer ; lorsque tu étais à Ville-Evrard, j'ai fait des sacrifices pour toi, mais maintenant il ne faut pas y compter comme de rester à Paris lorsque tu seras sortie, il te faudra aller à la campagne et y chercher du travail ; du reste tu n'as pas que nous comme frère et sœur. Maintenant lorsque je recevrai une dépêche, j'irai te chercher. En attendant tâche d'avoir un peu plus de patience et d'être un peu moins exigeante. Je t'embrasse de bon cœur. »

Elle sort le 19 janvier 1911, avec le certificat suivant : « *La malade paraît améliorée, s'occupe, en voie de guérison.* »

Deux lectures se sont invitées. L'une était suggérée par le comique de la situation. Celle de cet asile, avec les « bonnes sœurs », le médecin, le procureur, harangues et traités de tous les noms par cette jeune femme. Au bout de trois ans, ils ont dû décider de la libérer, de s'en débarrasser (?). Peut-être aussi une certaine façon de sortir ? L'autre lecture reprend le détail des échanges écrits précédant sa sortie. En l'occurrence, le médecin de l'asile dont on apprend par le courrier de son beau-frère, qu'il a ouvert le processus de sortie en lui « offrant » de « reprendre » cette jeune femme. Ceux-ci refusent et évoquent une libération « si elle est guérie », ou un transfert pouvant la rapprocher géographiquement et permettre des visites. Le médecin a opté pour la sortie libre, sachant qu'au minimum, sa sœur assurerait un premier accueil à son arrivée à la gare. Cette décision et le processus de sortie sont donc, là encore, le résultat d'interactions pour élaborer les conditions de la solution de sortie et en rendre compte aux autorités administratives.

A Dun-sur-Auron

Il régnait une autre ambiance à Dun-sur-Auron, avec le concept de colonie familiale, le placement dans des « familles nourricières », et donc un peu plus de liberté, pour ces femmes considérées comme incurables, même si le mot n'était jamais écrit tel quel dans les asiles de la Seine.

Au 1^{er} janvier 1906, l'établissement comptait près de 900 femmes au 1^{er} janvier, et 56 nouvelles entrées dans l'année. Une femme s'est évadée, quatre sont sorties définitivement et cinq autres ont été réintégrées dans leurs asiles d'origine car « leur état mental était incompatible avec la vie familiale ». Deux se sont suicidées et soixante-dix sont décédées.

Une fois arrivées à Dun, les mouvements de carrière étaient très faibles. L'année suivante (1907), les chiffres sont du même ordre. Le docteur Truelle, médecin chef commente les sorties « rendues à la liberté sur la demande des familles » et celles qui pourraient sortir et ne sortent pas. Pour lui :

« Les pensionnaires sont par principe, des chroniques, (...) ici plus qu'ailleurs les raisons qui peuvent entraîner un médecin à provoquer la sortie d'un malade, entrent des considérations étrangères à l'état mental. Nous avons à la colonie un certain nombre de pensionnaires atteints de débilité mentale ou d'affaiblissement intellectuel, même des délirantes atténuées et sans réaction qui pourraient être rendues à leur famille si celle-ci voulait ou pouvait se charge de leur procurer les soins et la surveillance nécessaires. Mais précisément cette absence de bonne volonté ou de facultés de la part de la famille, obligeant la société à pourvoir à l'assistance et à la sécurité des malades, ne permet pas au médecin de provoquer une sortie, laquelle d'une part risquerait d'amener des rechutes délirantes, d'autre part livrerait nécessairement à l'abandon et à la misère les malades non guéries qui lui sont confiées ». ⁴³⁵

Nous avons donc ici la confirmation de la position d'un médecin sur l'importance du facteur de la « (bonne) volonté » des familles et de leurs « facultés », pour faire sortir des malades qui le pourraient, mais aussi que leur absence oblige automatiquement « la société » à leur porter assistance, et enfin de l'impossibilité pour le médecin de faire sortir des personnes, pourtant en état de sortir.

Les asiles de transfert et la colonie familiale sont, dans les institutions asilaires, des lieux et solutions de seconde main, pour celles qui ont été « jugées » une première fois, comme incurables et sans les ressources nécessaires permettant leur sortie. Les quelques cas issus de nos investigations, laissent entendre que quelques-unes, certes une minorité, ont pu bénéficier de ce changement de cadre pour faire évoluer ces appréciations, soit du côté des

⁴³⁵ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op.ct. Année 1907. P. 477-78*

familles, soit du point de vue médical. Les effets de ce changement de cadre avaient été remarqués lors du transfert massif d'internés de l'asile de Ville-Evrard, (200) pour l'asile de Maison-Blanche, quand il avait fallu remplir les six-cents lits à l'ouverture de cet asile en 1900.⁴³⁶

Ainsi ces carrières de transférées n'étaient pas aussi définitives que je l'avais imaginé. La minorité des sorties observées, et la majorité de celles qui vont y rester toute leur vie, nous parlent de la même chose : de la fragilité sociale des femmes qui y sont envoyées, et du renforcement de cette fragilité du fait de cet éloignement plus grand, avec le risque de perdre le lien social avec leurs familles, indispensable pour envisager une sortie. Pour autant, la colonie familiale de Dun-sur-Auron était considérée, au début du XXe siècle comme une avancée remarquable, qui permettait une vie moins recluse pour les femmes accueillies dans les familles nourricières.

« Il semble que cette expérience ait été une réussite, c'est en tout cas ce que le Dr Marie déclare dans un rapport adressé au Conseil de la Seine en 1898. On n'observe pas de réaction de rejet dans le village, les familles d'accueil qui désirent prendre des aliénées chez eux se multiplient. Quant aux malades, elles paraissent plus heureuses qu'en asile. Certaines guérissent même. De plus ce système revient moins cher que les institutions fermées. Enfin, il laisse plus de temps au praticien qui n'ayant plus à s'occuper d'entendre les rapports des surveillants, ni à remplir les formalités administratives concernant les dépenses occasionnées par l'aliéné, peut s'occuper plus souvent de ses patientes. »⁴³⁷

Cette déclaration nous offre une ouverture nouvelle sur les difficultés de fonctionnement des asiles avec les charges administratives qui pesaient sur les médecins-chefs, un autre facteur pouvant peut-être expliquer le maintien des malades en asile traditionnel.

E. Conclusions du chapitre 3

A l'issue de ce chapitre dense en données factuelles et résultats chiffrés, les carrières asilaires féminines apparaissent dans la diversité de leurs trajectoires, de leurs conditions et de leurs durées, entre les femmes qui arrivent en bonne santé physique et celles qui sont en « très mauvais état », les plus jeunes et les plus âgées, les plus isolées et abandonnées et les plus entourées et réclamées, entre celles qui traversent un épisode un peu troublé et celles qui

⁴³⁶ *Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. op. cit.* Année 1900. Docteur Febvré, médecin-chef de la Division Femmes de Ville-Evrard. Page 163.

⁴³⁷ Cité par Aude FAUVEL. Témoins aliénés et « Bastilles modernes ». Une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800- 1914). Page 432. Le Docteur Marie était le directeur de Dun-sur-Auron.

sont aux prises avec des hallucinations ou des délires tenaces, celles qui ont les moyens d'avoir du chocolat au petit-déjeuner et d'autres douceurs et celles – la majorité – qui sont au régime général des indigents, entre celles qui décèdent dans les premiers mois et celles qui restent jusqu'à cinquante années dans le même asile, celles qui sortent sans être guéries et les améliorées de l'intérieur qui ne sortent pas, celles qui sont transférées d'asile en asile et celles qui rechutent et reviennent régulièrement...

Pour conclure ce chapitre, je rappellerai de façon synthétique les résultats les plus prégnants de cette enquête. L'analyse factorielle construite sur quelques-unes des variables nous permettra ensuite de dessiner *les profils de carrière* qui en ressortent. Je reprendrai ensuite ce qu'il advient des hypothèses formulées en fin de chapitre 1^{er}, sur les rôles respectifs de l'âge et de l'état civil dans la moindre sortie de l'asile et la « fabrication » des sureffectifs féminins. A partir des analyses des *façons de faire* et des *interactions*, nous tenterons une synthèse sur le champ de la *négociation* et les marges de manœuvre des différents protagonistes dans les contextes et les contraintes de cette époque. Se posera dès lors la question des limites de notre approche à l'égard de la problématique de *genre*.

Rappel synthétique des principaux résultats : les carrières asilaires dans le cadre clôt de leur déroulement

Les recueils et analyses menés sur les quatre asiles ont permis de relever des constantes et des caractéristiques remarquables des carrières asilaires, la façon dont elles survenaient et se décidaient, quel que soit l'asile. L'échantillon a montré à plusieurs reprises sa solidité et l'on a pu vérifier que nombre de résultats ainsi produits étaient déjà connus et commentés par les médecins et analystes du fonctionnement des asiles à l'époque. Le recul historique, la méthode prosopographique et les analyses des dossiers individuels ont permis alors de produire des représentations nuancées du devenir des femmes internées et de faire ressortir la complexité des processus en jeu dans le façonnement de leurs carrières.

De cette enquête, il ressort nettement *qu'un très bon tiers des femmes internées*, de fait près de quatre sur dix, *sortaient de l'asile guéries ou améliorées*, principalement durant la première année – mais nous savons que les rechutes, relativement fréquentes, nous obligent à nuancer ce tableau. Par contre, *près des deux tiers d'entre elles (six sur dix) n'en sortaient pas* et poursuivaient leurs carrières d'internées soit dans le même asile, soit dans des asiles de transfert, jusqu'à leur décès – mais nous savons qu'il nous faut là encore nuancer le tableau en nous rappelant que le devenir des transférées nous a réservé quelques surprises.

Un second apport de cette analyse tient à la mise en perspective des temps d'internement et, en particulier, des forts contrastes marquant la durée de carrière des femmes internées, laquelle va du plus court - quelques jours - au plus long, autour d'une cinquantaine d'années.

Les carrières les plus courtes sont plutôt méconnues. Elles concernent les femmes qui décédaient dès les premiers mois d'internement ainsi que celles qui sont sortaient « améliorées » ou « guéries », dans leur grande majorité durant la première année. En effet celle-ci était décisive : 80% des sorties guéries et améliorées de notre échantillon y furent décidées et mises en œuvre ; à son terme, 60% des femmes admises avaient quitté l'asile, par décès, transfert ou guérison.

A l'inverse des plus courtes, les plus longues carrières sont souvent citées comme caractéristiques de l'internement féminin. Au vu des résultats, la question se pose de savoir si la grande longueur des séjours asilaires peut être effectivement considérée comme caractéristique de l'internement au féminin à l'époque qui nous intéresse. Il est vrai que les hommes ne sont pas aussi nombreux à faire des carrières de longue durée, cependant, si on rapporte le nombre des femmes faisant des carrières de longue durée à la population des admises, il est tout à fait clair que les carrières de très longues durées *ne peuvent pas être considérées comme la norme* des carrières des femmes à l'asile: les très longues durées de séjour ne représentent, suivant la position du curseur, 14% de l'échantillon pour les séjours de plus de six ans, 7% pour ceux de plus de 10 ans, et 3% pour les séjours de plus de 20 ans, ce dernier taux passe à 6% des admises pour les deux asiles de province.

Les séjours de longue durée sont donc une caractéristique de l'internement au féminin *comparativement* à l'internement au masculin ; mais ils ne sont pas caractéristiques des carrières féminines considérées séparément, et n'en représentent en aucun cas la norme.

La question de l'enfermement durable au féminin se précise aussi avec la mise en évidence du contraste qui s'affirme au fil des années et des décisions, entre les deux populations de femmes discriminées du point de vue de leur état matrimonial. *Les plus isolées*, et sans aucun doute les plus pauvres, sont aussi celles qui sortent le moins guéries ou améliorées, qui font l'objet des transferts des asiles de la Seine ou qui constituent le fond des « restantes » dans les asiles de relégation. Ce constat souligne à quel point *l'internement vient renforcer la précarité* de la condition de ces femmes, qu'il s'agisse de leur statut social ou de leurs ressources familiales et économiques. A l'inverse, les femmes *les moins isolées*, en

particulier les femmes mariées, sont aussi celles qui, en proportion, sortent le plus guéries ou améliorées et qui échappent, du moins un certain temps, au risque de transfert.

Notre enquête sur les carrières aura permis de mettre en évidence *l'importance, à plus d'un titre, des sorties dites « améliorées »* : par leur nombre, par ce qu'elles nous apprennent sur la labilité relative des critères médico-sociaux d'une sortie d'asile et par l'espace de négociation ainsi ouvert, et enfin par le déploiement des stratégies des familles comme des médecins qu'elles supposent pour être mises en œuvre. C'est à l'occasion de ces sorties améliorées que se sont révélés à la fois les jeux des acteurs, y compris de l'internée elle-même, en fonction de leur statut, ainsi que les ajustements successifs des uns et des autres qui ont permis ces sorties. Les questions soulevées par la folie et l'enfermement, celles de la normalité, de l'exclusion ou de l'acceptation sociales, sont ainsi réévaluées au cas par cas dans chaque contexte particulier, chacun des acteurs étant appelé à réévaluer et à négocier les formes et degrés d'amélioration de la malade qu'il estime suffisants au regard de ses critères et de ses responsabilités propres, en fonction des critères des autres. Ce processus ne nous est accessible qu'au travers de l'archive, lorsque les écrits en attestent. Il n'est possible que lorsqu'il y a des familles pour initier ou en tout cas soutenir cette discussion, des marges de manœuvre possibles pour agir et également des initiatives, un suivi régulier et une disponibilité des médecins pour ce faire. On a pu prendre, à travers quelques exemples, la mesure du fait que nombre de ces décisions de sortie étaient loin d'être acquises et pouvaient même déjouer les certitudes de départ et les pronostics. L'analyse a aussi permis de prendre, sinon la mesure, en tout cas l'empreinte de toutes celles qui, tout autant améliorées et peut-être même guéries, auraient pu sortir mais sont restées confinées à l'asile, faute de rassembler autour d'elles le faisceau de ressources nécessaires.

L'importance du rôle des familles à toutes les étapes du processus de sortie est un autre élément de premier plan qui ressort de cette enquête sur les carrières. Ce *poids décisif* témoigne certainement des pesanteurs et des ornières d'une société encore très « patriarcale », tout autant que de la pauvreté institutionnelle de ce début du XX^e siècle, face à la diversité et à l'urgence des besoins de la population enfermée dans les asiles. En l'absence d'institutions alternatives, l'asile restait la seule solution de prise en charge de femmes à propos desquelles il était pourtant dit que leur place « n'était pas à l'asile » et qu'elles pouvaient sortir « si quelqu'un acceptait de s'occuper d'elles »...

Pour autant, ce poids décisif des familles mérite d'être considéré pour lui-même : d'une part, comme le témoin de *l'importance primordiale, dans le devenir des femmes*

internées, des attitudes et des actions de leurs proches et, partant, de la tragédie que représente l'incapacité, pour toutes celles qui se retrouvent isolées face à l'institution, de faire valoir leur parole; d'autre part, comme le témoin de *la capacité des institutions à aménager un espace de négociation* sur ce qui semble pourtant ressortir a priori du non négociable. Nous avons vu comment les critères d'une sortie portés par chacun des acteurs pouvaient être dans la pratique confrontés et soupesés et testés dans le cours de leurs interactions, dans une sorte de pragmatisme ou de sagesse, à distance du « purement médical » comme du « purement social ».

La prégnance des facteurs financiers et managériaux dans les politiques des asiles nous est apparue très nettement à la faveur de la comparaison entre les maisons de santé privées, les asiles de province et ceux de la Seine, et avec la politique de transferts massifs pratiquée par ces derniers. La prégnance du contexte économique est également manifeste sur le plan individuel, comme en témoigne le taux de placement d'office et son utilisation ; ce dernier nous ramène en permanence aux ressources sociales et économiques des familles, au moins autant, sinon ce n'est plus, qu'à la dangerosité potentielle ou effective de ces femmes. Par ailleurs, le taux exceptionnel de mortalité en début de séjour donne à penser qu'une partie de la population, la plus démunie, trouvait, à l'asile, la solution à des états d'épuisement que nulle autre institution ne prenait en charge. Nombre de médecins constatent également le rôle de la misère dans la survenue de certains troubles. Le manque de ressources et l'absence de prises en charge alternatives étaient également des obstacles majeurs à la sortie de l'asile qui s'avérait être, dès lors, l'unique lieu d'accueil disponible pour les plus démunies.

Profils de carrière et facteurs d'influence

Des analyses détaillées qui ont été menées sur les carrières et leurs facteurs, on reprendra en conclusion celles qui ont plus particulièrement gagné en précision, et en représentation synthétique.

Carrière et formes de maladie

Le lien entre les destinées asilaires et les formes de maladie s'est effectivement dessiné plus clairement du fait de l'analyse en termes de carrières. Certaines maladies s'y révèlent, en effet, très déterminantes, soit pour la durée des troubles, soit pour leur issue mortelle. On peut alors distinguer quatre grandes catégories :

- Celle qui rassemble les démences organiques et séniles et la paralysie générale, qui correspondent à la fois à une faible durée de vie après l'entrée en asile et à des décès

dès les premiers mois ou les premières années. Les sorties d'asile dans ces cas-là sont donc possibles, mais rares.

- Un autre ensemble de troubles présente peu de chances de sortir de l'asile ; ce sont les « états d'aliénation » renvoyant à ce que l'on appelle maintenant le « handicap mental » (« idiotie », « imbécillité », « crétinisme » et éventuellement « débilité ») pour lesquels l'internement était justifié au titre de « l'incapacité à se diriger dans la vie et à subvenir à ses besoins » ; ces personnes étaient considérées comme incurables. Elles étaient des cibles privilégiées des opérations de transfert et des internements de longue durée.
- Tel est aussi le cas de quelques maladies mentales reconnues à cette époque comme étant « incurables » et donc susceptibles de longue durée : la démence précoce, les délires systématisés chroniques et l'épilepsie, pour lesquelles les sorties, toujours possibles, sont des plus rares.
- Par contre, d'autres formes de maladie, les plus fréquentes comme la mélancolie, les états confus, les états maniaques, l'alcoolisme chronique, la folie circulaire, et en moindre proportion comme l'hystérie et les troubles puerpéraux, sont celles dont le pronostic en termes de durée comme d'évolution, est le moins déterminé. Elles peuvent aller vers une amélioration ou au contraire une aggravation, et dans ce dernier cas elles sont alors dites « chroniques ». Cet ensemble de pathologies marquées par une indétermination a priori du devenir des malades recouvre effectivement l'éventail de toutes les possibilités, entre sortie, transferts, décès, maintien et séjours de longue durée. Elles sont aussi plus représentées dans les sorties guéries et améliorées. Ce qui n'est sans doute pas sans lien avec l'effectivité de l'espace de négociation sur l'état et le devenir de la malade tel qu'ouvert dans le cadre des procédures de sortie.

Profils de carrière selon l'analyse factorielle

Une représentation synthétique de ces faits que nous venons de parcourir nous est donnée sous la forme des différents profils de carrière par l'analyse factorielle. La lecture des attractions entre modalités est calculée au regard de l'ensemble des variables, et non plus sur le mode du tri croisé simple.

Cette représentation a été construite sur la base de l'ensemble de l'échantillon des 1.189 femmes des asiles et des 150 femmes des deux maisons de santé, à partir des facteurs

d'âge, d'état civil, des modes de sortie, du mode de placement, des durées de séjour et du type de maladie déclarée ; elle comprend donc la totalité de l'échantillon sur toutes les années.

On distingue trois grands groupes⁴³⁸ (cf. graphique page suivante) :

- Autour des sorties « vivantes » de la première année et des trois suivantes, on trouve les deux groupes d'âge, de 33-42 ans et de 43-54 ans, c'est-à-dire ceux qui fournissent la majorité des internements, avec une dominante de femmes mariées et de placements volontaires, ainsi que des maladies les plus fréquentes telles que : mélancolie, alcoolisme, état maniaque, état confus et état maniaco-dépressif. (cf. la partie haute du graphique)
- Autour des transferts et des décès on trouve deux sous-groupes, (cf. la partie basse du graphique)
 - dans la partie gauche : les jeunes femmes de moins de 33 ans, célibataires, avec en dominantes les transferts, les placements d'office, une durée de séjour importante, de cinq ans et plus, et des troubles tels que : débilité, imbécillité, hystérie, épilepsie, démence précoce ;
 - dans la partie droite : des femmes plus âgées (54 ans et plus), les veuves, avec en dominante les décès, les placements d'office, des durées de séjour de deux à quatre ans et des troubles tels que la sénilité et la démence organique.
- Et trois situations intermédiaires autour de trois types de maladie :
 - La paralysie générale qui concerne les groupes d'âge moyen et des femmes mariées, caractérisé par des décès rapides ;
 - Les troubles d'origine puerpérale, affectent le groupe des moins de 33 ans et celui des femmes mariées ; elles sont caractérisées par des sorties vivantes la première année ;
 - Le délire systématisé, qui n'est pas spécifique ni d'un âge ni d'un état civil, mais est caractérisé par les transferts et les séjours de longue durée.

⁴³⁸ cf. en annexe, les tableaux de calculs détaillés avec la mesure des écarts et les tests de khi2.

La formation des sureffectifs féminins et les hypothèses initiales sur les rôles de l'âge et l'état civil

Parmi les résultats d'importance qu'il nous fait reconsidérer en conclusion de ce chapitre, nous devons à présent revenir sur ceux qui concernent le processus de « fabrication » des sureffectifs asilaires féminins. Nos hypothèses de départ sur l'âge et l'état civil ont été confirmées par l'analyse détaillée des carrières. Dans le premier chapitre sur les données générales, nous avons constaté, à partir des statistiques sur les asiles de la Seine, que les femmes entraient à l'asile à des âges plus élevés que les hommes, et que sur ces tranches d'âge, elles étaient plus nombreuses que leurs homologues masculins à être admises chaque année.⁴³⁹ Par rapport au recensement, ces femmes étaient en surreprésentation de leurs classes d'âge à partir de 40 ans, et surtout de façon continue, ensuite. Nous formulions alors l'hypothèse suivante : « La fabrication des sureffectifs féminins se construirait dans les tranches d'âge de 40 à 60 ans, période où les deux phénomènes se cumulent. Celui des plus jeunes qui ne sortent pas et ne décèdent pas, et des plus âgées qui arrivent en nombre élevé. »

Puis au chapitre 2, nous avons constaté que, s'agissant de l'âge à l'entrée, le recrutement de l'échantillon d'enquête présentait une courbe analogue à celle des asiles de la Seine.⁴⁴⁰ La comparaison de leur répartition avec les données du recensement permit alors d'observer *une nette surreprésentation des femmes célibataires* de notre échantillon par rapport à la population française, alors que celle-ci n'était que « légère » pour les femmes mariées⁴⁴¹. Par contre, à partir de 50 ans, leur représentation est identique entre l'échantillon d'enquête et le recensement sauf pour les veuves de plus de 60 ans, qui sont en sous-représentation dans l'échantillon. Autrement dit, d'après ces résultats, il était clair que les asiles n'étaient pas investis de façon excessive par les femmes âgées, ni même par les veuves. L'hypothèse était alors que ces deux facteurs présents chez les femmes au moment de leur internement, à savoir le fait d'être un peu plus âgée et un peu plus célibataire, risquaient, ajoutés aux effets de la période asilaire, de se renforcer mutuellement et de devenir une forme de « handicap social » face à toute sortie éventuelle.

En suivant les parcours individuels des femmes, à la fois par année, par mode de sortie, et sous l'angle de ces deux facteurs, on a en effet remarqué que les « célibataires » avaient un taux de « sorties guéries » homogène avec leur représentation de départ (40% dans les deux cas), mais qu'elles étaient transférées en plus grand nombre (48%). Moins

⁴³⁹ Chapitre 1, tableau 6 et 7 et graphiques 5 et 6. Pages 61 à 65 : « Ages à l'entrée et vieillissement à l'asile.

⁴⁴⁰ Chapitre 2, tableau 11, figure 19 et 20, « Les âges à l'entrée » de l'échantillon d'étude. Pages 115 à 117.

⁴⁴¹ Chapitre 2, figure 21, 22 et 23,

« réclamées » par leurs familles, elles ont moins bénéficié des sorties améliorées (35%). Au final, leur part a augmenté de dix points parmi celles qui sont restées dans le même asile en début de 7^e année, atteignant 51% alors qu’elles formaient 40% de l’effectif de départ. *Les célibataires font donc effectivement partie de celles qui sortent le moins et vieillissent à l’asile*⁴⁴².

Ainsi, cette dernière partie nous aura permis de comprendre la façon dont se forment les sureffectifs féminins, au moment où les entrées des plus âgées s’ajoutent à l’effectif de celles, un peu plus jeunes, qui sont restées à l’asile. L’analyse détaillée des carrières aura permis de confirmer notre hypothèse sur la formation des sureffectifs féminins. Elle aura permis aussi de constater que les femmes les plus isolées, manquant le plus souvent des ressources nécessaires à leur sortie, se retrouvent plus nombreuses à rester internées et à être transférées.

Comme on l’a vu, et comme le tableau suivant le rappelle, par exemple à propos des modes de sortie – et même si l’on peut établir une corrélation visible entre l’âge à l’entrée et les durées de séjour - l’impact de l’âge au commencement de la carrière asilaire n’apparaît pas avoir d’effet sur les carrières *indépendamment des autres facteurs de l’internement, avec lesquels il entre en composition*.

Tableau 35 - Relations entre l’âge à l’entrée et les modes de sortie

	- 21 ans	21 - 29	30 – 39	40 - 49	50 - 59	60 et +	Total
Sortie améliorées ou guéries	48,4	43,2	47,5	39,1	37,6	18,7	38,7
Décédée dans l’asile	19,4	25,6	28,6	36,3	36,5	63,7	36,5
Transferts destin inconnu	32,3	31,3	23,6	24,6	25,8	17,6	24,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : population de l’échantillon, effectif de 1.189 femmes.
Les cases colorées en vert signalent une corrélation entre les deux variables.

Ce tableau nous signale que, même si les sorties guéries sont le fait de 43% des jeunes femmes entrées à l’asile dans le groupe d’âge des 21-29 ans, c’est pourtant parmi les transférées que ce groupe d’âge est le plus important, par rapport aux autres formes de sortie (31,3%). Ce qui s’explique par le transfert des jeunes dites « incurables », comme on l’a vu dans l’analyse détaillée des transferts.

⁴⁴² Cf. Les tableaux de corrélation PEM et Khi² en annexe. Ceux-ci sont calculés sur l’ensemble de l’échantillon et non pas d’année en année comme dans l’analyse qui précède.

De fait, être âgée de 40 ans ne représente pas les mêmes chances de sortie de l'asile selon que l'on est mariée, et par conséquent susceptible d'être réclamée par son mari, ou célibataire, avec des parents très âgés et souvent décédés ; ou encore selon que l'on est placée d'office ou volontaire, ou selon que l'on a un métier et une famille ou que l'on est privée de l'un et l'autre, sans oublier la raison initiale, médicale ou médico-sociale, qui a justifié de l'internement, et qui, dans certains cas mais pas toujours, peut-être déterminante.

D'où l'intérêt d'associer les analyses comparatives entre hommes et femmes, et ensuite séparément dans des analyses détaillées par classes d'âge, pour comprendre le fonctionnement du facteur âge à l'intérieur de chaque groupe. On a vu que les facteurs démographiques comptaient pour une bonne part dans les différences de recrutement des hommes et des femmes à l'asile, mais nous n'avons étudié les facteurs internes à l'asile pour les femmes uniquement. Il serait nécessaire de prolonger sur ce point les comparaisons entre internements féminins et masculins.

Décisions de sortie, stratégies, marges de manœuvre et ajustements

Les facteurs relevés par une enquête sociologique, figurent rarement comme arguments délibérément utilisés par les acteurs dans les processus étudiés. On peut supposer que pour les malades, l'équipe médicale et les familles, ces éléments sont intériorisés sous la forme de *perspectives 'spontanées' des acteurs en situation*, en d'autres termes sous la forme d'*habitus*⁴⁴³. Ainsi, les critères de l'âge, de l'état civil, du type de placement et de la situation personnelle et familiale de la malade faisaient partie, au minimum implicitement, du *faisceau de conditions associées* qui faisait que, dans un cas, la décision de sortie l'emportait, alors que, dans un autre, c'était le transfert, et dans d'autres encore, elle était reportée, soumise à réévaluation, et le cas échéant, rejetée.

Cependant, l'analyse des interactions, en particulier de celles qui ont abouti à des sorties améliorées ou en congé, nous a amplement montré l'importance cruciale, pour la carrière de l'internée, des *initiatives des médecins et/ou des proches* résolus à se saisir des diverses possibilités de sortie rendues accessibles par la loi. Dans tous les cas où il n'y avait pas demande de sortie de la part des proches ou lorsque ceux-ci ne se montraient pas disposés à coopérer, la discussion si elle avait lieu, et la décision se faisaient en interne. On est en droit de penser que, dans de telles circonstances, les injonctions institutionnelles telles que la recherche du moindre coût associé à un meilleur *turn-over* (cf. les transferts des asiles de la

⁴⁴³ BOURDIEU Pierre. *La distinction : critique sociale du jugement*. Editions de Minuit. 1978. 670 p.

Seine) ou encore certaines idées sur la fonction de l'asile psychiatrique comme établissement de soins vs comme asile-refuge pour ceux qui n'ont pas d'autre solution, pour les femmes les plus fragiles, etc., faisaient plus aisément leur chemin dans le cadre d'une décision qui restait alors toute entière aux mains de l'institution.

L'analyse fait ressortir l'existence de cinq *grands ordres de référence structurant l'évaluation des conditions réunies par la malade*, qui formaient l'objet et l'enjeu central des négociations et des décisions :

1 – *L'ordre institutionnel*. On y trouve d'abord la politique générale des asiles, avec les dispositions légales qui en ont décidé et les prescriptions procédurières qui s'ensuivent, les lois d'assistance aux malades et aux incurables et les autres institutions concernées, l'organisation de la profession médicale et les connaissances en matière de santé mentale à l'époque. On y trouve ensuite les politiques locales des établissements, avec leurs modes de gestion financière, les impératifs de mobilité et de « désencombrement », les politiques en matière de sortie à l'essai ou de transfert, etc. Localement, les asiles pouvaient différer entre eux dans l'utilisation des sorties en congé et du travail des internées, dans la qualité des locaux et de l'hygiène, dans la mise en place de réformes et de nouveaux modes d'organisation interne, dans l'aménagement différencié des quartiers ou dans le rapport aux familles, etc. Les pratiques de l'établissement, des médecins et du personnel, la qualité humaine et professionnelle des uns et des autres, jouaient elles aussi un rôle non négligeable dans toute la mesure où elles étaient susceptibles d'être prises en compte par les acteurs concernés.

Notre enquête nous a montré que la prise en considération des critères de nature institutionnelle n'est pas réservée aux médecins et autres représentants de l'institution mais fait aussi partie des compétences acquises par les malades et par leurs proches dans le cours des interactions avec l'institution. On a pu repérer, par exemple, comment l'organisation des sorties en congé a élargi les marges de manœuvre des médecins et des familles des placées d'office et, ce faisant, facilité les sorties dites « améliorées ».

2 - *La personne internée, son état, ses ressources*. Il y va de sa santé physique et, bien sûr, de son « état mental » avec toute la gamme des améliorations-guérisons-même état-détériorations possibles, et en particulier de ses capacités d'adaptation à l'extérieur de l'asile. C'est là aussi qu'interviennent son âge, le fait ou non d'avoir un métier et de pouvoir gagner sa vie, le fait d'être logée, ses ressources financières personnelles et sociales, l'entourage

familial, amical, professionnel. La demande manifeste de l'internée, de sortir dans la plupart des cas, mais parfois aussi de revenir, était parfois mise en avant dans les argumentaires de décision de sortie ou de réintégration.

3 – *L'environnement familial.*

Il joue à deux titres, à la fois dans sa mobilisation pour faire sortir la personne, et ensuite dans les possibilités de prendre en charge leur parente à sa sortie, et dans certains cas dans leur disponibilité, leur capacité de « surveillance » et leur engagement et prise de responsabilité. On sait que dans le cas des placements volontaires, le rôle du tiers à l'origine du placement (parents, mari...) se dotait en plus d'un pouvoir juridique pour la faire sortir. Mais, dans la majorité des cas, cet ensemble de *disponibilités* et de *capacités* n'était pas réuni, en particulier pour celles qui étaient placées d'office et pour nombre de célibataires qui comptaient parmi les plus « abandonnées » à l'asile au fur et à mesure que le temps passait. Par ailleurs, cet environnement se modifiait au fil du temps et en fonction de l'expérience de l'internement. Ce qui était le cas lorsque les parents avaient vieilli et lorsque les maris ne souhaitaient plus se « charger » de leurs épouses... ou lorsque les uns et les autres étaient décédés.

4 – *L'environnement social.* Pendant l'internement, il est présent à travers le cercle amical et parfois professionnel qui se manifeste par des visites ou du courrier. A la sortie de l'asile, cet environnement peut se mobiliser (voisines qui accueillent, patrons qui s'engagent, société-ouvroir ou de patronage...) ou simplement être accessible, compte tenu des liens conservés par la patiente ou de sa capacité à retrouver « une place », un travail, un logement, en fonction de son âge, de son expérience et de son état.

La question est de savoir comment, dans la pratique, il va fonctionner de façon suffisamment sécurisée pour la personne qui sort de l'asile. Dans l'ensemble des cas examinés, cet environnement est très peu cité dans les conditions de sortie. Il a été difficile de savoir ce qu'il en était pour celles qui étaient « remises en liberté » ; peut-être cet environnement était-il spontanément perçu comme disponible pour les personnes qui étaient déclarées guéries. Là aussi l'environnement social proche peut se modifier au cours du temps, dans l'empathie ou au contraire dans l'exclusion. Par ailleurs pour les décideurs du sort de l'internée, les représentations du rôle des femmes, de leurs capacités d'autonomie et de la protection dont elles devaient faire l'objet, ont dû, comme l'indiquent divers écrits, jouer plutôt en faveur du maintien à l'asile, par mesure de « protection ».

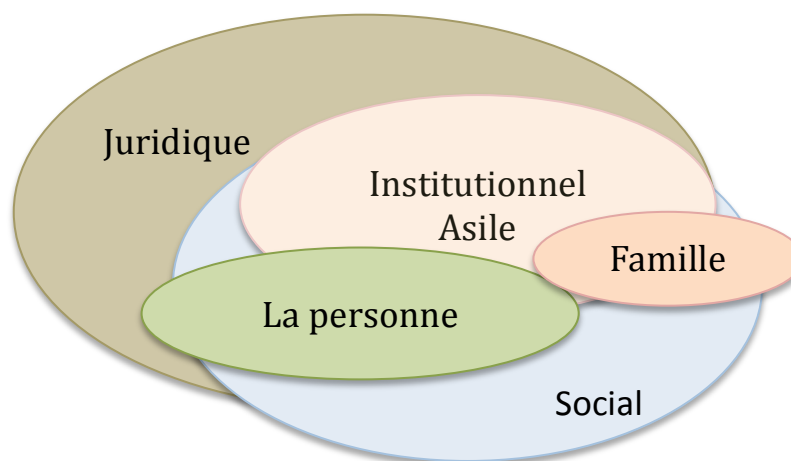
5 - *Le statut juridique des acteurs et les fonctions qui en découlent.* Ils viennent régler nombre de détails, et non des moindres, dans les prises de décision concernant l'internement, le maintien ou la sortie. Le fait que la patiente soit mineure ou majeure, mariée ou célibataire, placée d'office ou placée volontaire, représente autant d'éléments de base qui sont toujours présents à l'esprit des acteurs et souvent explicitement rappelés dans le cadre des discussions et décisions. Pour les médecins, les directeurs d'asile, les préfets, les parents des mineures, les époux des femmes mariées, ou les tiers ayant effectué la demande de placement volontaire, ou encore signant l'engagement d'accueil de la malade sortant pour un congé à l'essai, les lignes de décision étaient dictées par le code d'état civil, la loi de 1838, et les dispositions et règlements de la direction des asiles.

Le cadre juridique est omniprésent également dans le cheminement institutionnel et médical : il règle le rythme des certificats et des suivis, il induit des procédures et un langage professionnels que l'on retrouve identiques d'un asile à l'autre sur l'ensemble du territoire. Mais le cadre ne fait pas tout, c'est dans la l'observation des pratiques, que l'on va voir les façons de l'interpréter, l'appliquer, le déjouer, le contourner...

Les médecins et les familles qui usaient des marges de manœuvre à leur disposition pour parvenir à des solutions acceptables au regard de leurs critères professionnels et personnels, devaient ainsi procéder, au fil du temps et de l'expérience, à de constants ajustements, non seulement dans l'interprétation des faits mais dans celles des exigences de la loi et des procédures.

J'ai représenté dans le schéma qui suit, ce « système » dans lequel s'articulent à la fois les décisions et l'horizon de la sortie.

Figure 39 Schéma dans lequel s'articulent les décisions et l'horizon de sortie



Comme on l'a vu ces différents champs ont chacun leurs règles et préoccupations, mais leur jeu peut être variable, dans chaque situation, en fonction de leurs positions et de ce qui se passe dans les autres champs. En cela, et du fait de ces interactions, ils forment un *système*. Ainsi les interactions ne sont pas uniquement le fait de quelques personnes, elles se passent aussi dans les relations entre les éléments du système. Cela peut aller dans le sens du renforcement et du prolongement de l'internement ou à l'inverse dans le sens d'une sortie et de la réinsertion à l'extérieur de l'asile. La situation d'internement a renforcé les liens de dépendance de la personne, dont le destin est effectivement suspendu à tous ces fils qui vont ou non jouer en sa faveur.

L'encadrement des sorties et le maintien à l'asile : question de genre ?

La question reste de savoir si cet encadrement familial à la sortie de l'asile est plus renforcé et restrictif pour les femmes que pour les hommes, compte tenu de leur condition sociale au début du XX^e siècle. C'est une hypothèse fort probable, si on considère le moindre taux des sorties améliorées des femmes célibataires.

Si l'on reprend le faisceau de conditions décrit précédemment, les champs de référence juridiques et institutionnels devraient fonctionner pareillement pour les hommes et pour les femmes. Par contre, c'est dans les poids relatifs des conditions propres la personne, en relation avec son environnement social et familial, qu'il faut s'attendre à des différences significatives, voire déterminantes, relevant des différences de *genre* telles qu'elles interagissent avec l'épisode asilaire et s'y retrouvent confortées, voire exacerbées.

Pour savoir ce qu'il en est effectivement, il faudrait observer la façon dont ces différences de genre sont activées à ce moment crucial de la sortie, du côté des carrières masculines. « Comment savoir si on en a fait assez ? », la question est inévitable, comme le souligne H. Becker⁴⁴⁴ ! Le temps nécessaire à l'obtention des dérogations pour accéder à de nouvelles archives⁴⁴⁵, ajouté à celui de l'investigation, ne me permettait pas d'envisager de prolonger l'étude sur ce point. J'ai pu néanmoins réaliser un rapide sondage sur les registres des hommes de l'asile de Ville-Evrard.

Il s'est avéré que les suivis mensuels de ces registres, qui sont une source indispensable à ce travail, y sont totalement absents jusqu'en 1906, et très lacunaires ensuite, malgré le changement de médecin-chef. De ce sondage⁴⁴⁶ effectué sur une centaine de sorties guéries et améliorées, il ressort que, comme dans notre échantillon, les sorties « avant guérison » sont nettement plus nombreuses que les sorties « guéri ». Par contre, contrairement aux femmes, les célibataires y sont, en nombre plus important que les mariés. Il est probable, mais cela reste à confirmer, qu'ils sont aussi plus jeunes, et qu'ayant un métier, ils sont perçus socialement comme ayant plus de chances de réinsertion à leur sortie d'asile. Un indice notable nous conforte dans cette hypothèse : vingt-deux hommes sont remis en liberté, soit un taux supérieur à celui des femmes⁴⁴⁷. Les hommes mariés sont majoritairement remis à « leur dame » ou à « leur femme » qui constatent l'amélioration de leurs époux et réclament leur retour à la maison et surtout à leur travail. Les hommes célibataires sont majoritairement remis à leur famille, leurs frères et « en liberté ». Je n'ai pas vu une seule fois écrite la mention « pourrait sortir si quelqu'un acceptait de s'en occuper », mais compte tenu de la très grande pauvreté des suivis de ces registres, une telle absence ne peut pas être retenue à ce stade, sur la base de ces registres. Par contre, il y eut six évasions dans cet échantillon de 424 cas. Le certificat indiquait pour deux d'entre eux :

- S'est évadé du jardin où il était occupé sous la surveillance de 2 infirmiers, placé volontaire pour alcoolisme chronique. Peut être laissé dans sa famille, si celle-ci veut bien s'occuper de lui.⁴⁴⁸

⁴⁴⁴ BECKER Howard S. *La bonne focale*. Paris La découverte. 2016. 267 pages. Chapitre VI /Où s'arrêter. P.183-211.

⁴⁴⁵ Ce temps d'instruction est d'environ trois mois.

⁴⁴⁶ Sondage sur deux registres différents, avec des médecins-chefs différents, pour des entrées entre 1903 et 1910. 424 cas relevés : 173 décès (41%), 144 transferts (34%), 61 sorties avant guérison (14%), 39 sorties après guérison (9%). Soit un total de sorties guéries et améliorées de 23%. Ce taux « faible » est probablement lié au recrutement en excès de cas de paralysie générale : 33% des admissions dans cet asile contre 12,6% aux admissions à l'asile de Sainte-Anne.

⁴⁴⁷ Cf. Tableau 27, page 179. Pour 100 femmes guéries, 13,% sont remises en liberté et pour 100 femmes sorties améliorées, 3,4% sont remises en liberté.

⁴⁴⁸ Ville-Evrard. R129. N°37558. M. Marié, 61 ans, mouleur sur feu, placé volontaire par sa cousine, le 22 juillet 1910, il s'est évadé le 21 novembre 1911.

- Il jouissait d'une liberté relative parce qu'il était déjà très amélioré (atelier de lingerie). Il peut être considéré comme guéri et laissé en liberté.⁴⁴⁹

Ces deux petits textes laissent à penser que, là aussi, du moment qu'ils étaient calmes, travaillaient « utilement » et n'étaient pas réclamés, aucune sortie n'a été envisagée. Ces deux hommes ont donc pris la décision de sortir, sans rien attendre ni des médecins, ni des familles. L'asile de Ville-Evrard, du fait d'un trop grand recrutement de malades atteints de paralysie générale, manquait de travailleurs, comme l'a précisé le Dr Boudrie dans son rapport de 1907⁴⁵⁰. On assiste donc sans doute, à l'instar de ce qui se passe pour les femmes, à un processus de maintien à l'asile par intérêt économique et du fait d'une certaine « passivité » médicale et institutionnelle.

Quoi qu'il en soit, ce petit sondage appelle à étendre cette investigation à d'autres asiles, en s'attachant à une qualité de registre permettant des relevés sur les mots des certificats, des suivis et des courriers à même de permettre de révéler des pratiques particulières concernant des différences de genre dans les modes de décisions et processus de sortie.

⁴⁴⁹ Ville-Evrard. R129. N°37421. Jules Ferdinand D. Célibataire, 35 ans, journaliste. Placé d'office le 10 juillet 1907 et sorti le 6 mai 1911.

⁴⁵⁰ *Rapports sur le Service des Aliénés du Département de la Seine. op. cit.* Année 1907.

CONCLUSION

L'émotion ressentie en imaginant le destin de jeunes femmes brisées par un chagrin d'amour, par leurs familles, par la folie, par l'enfermement, m'a entraînée dans cette exploration du monde des asiles du début du XX^e siècle. Destin suspendu par cet épisode sombre, trajectoires ensuite suspendues aux regards, aux mots, aux décisions et aux actions de ceux qui vont décider de leur sort.

J'ai traversé le silence honteux des familles, soucieuses de cacher cette tare et peut-être leur impuissance et leur lâcheté face à la provocation vivante et incessante des manifestations étranges et parfois insupportables que l'on nomme « la folie ». J'ai failli me perdre dans la multiplicité des colonnes et tableaux statistiques ; j'ai alors découvert l'ouverture que présentaient les formes descriptives et parfois intuitives de la statistique, pour donner forme et tenter de ressaisir ce paradoxe du moindre enfermement des femmes à l'asile en dépit de leurs sureffectifs réguliers. Le cadrage de l'enquête prosopographique a permis ensuite d'apporter de précieux éléments de réponse pour lever le voile sur cette énigme.

Mais une autre aventure intellectuelle s'est invitée à la faveur de la collecte des écrits et des mots, de l'étude des éléments de langage et des pratiques, des actes et des interactions qui décident du sort des pensionnaires de l'asile. Le travail sur les certificats et les courriers, ces écrits traités comme la trace d'actions et d'interactions entre les familles et les médecins, et parfois les femmes internées, a été essentiel pour comprendre, à partir de cette forme particulière de « sortie » que représentent les sorties dites « améliorées », la façon dont s'élaboraient les décisions concernant les sorties, tout autant que celles du « maintien » à l'asile.

Ces écrits ont permis de percevoir l'épaisseur humaine et sociale de l'activité multiforme qui entoure ces sorties, illustrant ce que Ian Dowgbiggin a décrit comme étant la caractéristique du fonctionnement de la psychiatrie, « ce mélange fluctuant d'attitudes culturelles, de valeurs sociales, de croyances politiques et d'impératifs professionnels »⁴⁵¹. Au seuil des portes de sortie, on a pu entrevoir aussi le monde de celles qui « auraient pu sortir si quelqu'un avait accepté de s'occuper d'elles » et de toutes les autres pour lesquelles aucune sortie n'a jamais été envisagée. Mais nous avons surtout pu entrevoir le monde des

⁴⁵¹ DOWGBIGGIN Ian, 1993. *op.cit.*

interactions à travers lesquelles se joue le sort des internées, un monde d'une importance cruciale à cet égard, étant donné la place, potentiellement déterminante, faite aux tierces parties issues de l'entourage familial ou amical des personnes concernées.

Ainsi, sortir de l'asile, ne va pas de soi, c'est rarement le résultat d'une décision unilatérale, qu'elle soit médicale ou sociale, cela nécessite un faisceau de conditions qui doivent converger vers cette possibilité. L'importance pratique de ces interactions se révèle comme étant un facteur essentiel dans la sortie de l'asile. Ce sont elles qui ouvrent les possibilités de changements dans la carrière asilaire. C'est précisément l'inclusion du tiers dans les rapports légitimes de l'institution qui en ouvre le champ.

Malgré ces éclaircissements, à la fois sur l'enfermement au XIX^e siècle et dans la compréhension des mouvements de sortie et de l'internement durable, cette étude reste sur le seuil de nombre de questions que l'on aurait aimé aborder, mais qui nécessiteraient de nouvelles investigations.

La question de « l'occupation » et du travail à l'asile devrait permettre de mieux analyser les contradictions inhérentes à la vie en asile et son rôle dans l'enfermement durable. Cette activité est reconnue par le fait qu'elle contribue à rompre l'ennui, à libérer parfois le malade du poids de l'angoisse et elle figure à ce titre dans l'arsenal des mesures thérapeutiques. Par contre, le fait que cette occupation puisse essentiellement servir à contribuer à l'équilibre financier des établissements lui confère une autre valeur et l'on ne peut que s'interroger sur l'impact éventuel d'une telle politique sur les carrières elles-mêmes. De fait, si l'intéressée peut rendre « tranquillement et utilement » un tel service, pourquoi s'affairerait-on à lui faciliter la sortie ?

La différence liée au genre dans les conditions de sortie a été abordée à partir des différences d'âge, d'espérance de vie et de statut social. Les femmes les plus seules et les plus pauvres sortaient moins des asiles et formaient près de la moitié des effectifs des transférées et de celles qui restaient indéfiniment internées. Il semble qu'il y ait eu, dans nombre de cas, une confusion idéologique, voire une inversion de sens entre « incurable » et « insortable ». Je n'ai jamais vu ce mot écrit. Je ne l'utilise pas dans son sens actuel, mais dans son sens littéral : « impossible de la sortir de l'asile ». Sans nier la gravité médicale de certaines situations, il n'est pas impossible que l'absence de solution de sortie se soit transformée, médicalement parlant en « incurabilité ». On l'a vu, le vieillissement en asile n'est pas le fait des veuves ni des femmes âgées, mais plutôt celui de femmes entrées plus

jeunes et, si quelques formes de maladie donnent lieu à des évolutions plus typées, ce n'est le cas ni de la mélancolie ni des états confus, ni de l'excitation maniaque, qui sont souvent désignés comme étant « d'essence féminine ».

Par contre, l'hypothèse se confirme, qu'au-delà de la fragilité relative à l'épisode l'asilaire, les femmes, pour des raisons économiques mais aussi largement culturelles et sociales, disposaient d'un moindre « capital de confiance » pour pouvoir être « rendues à la liberté ». L'aperçu sur les conditions de sortie des hommes de l'asile de Ville-Evrard a permis de constater que leurs sorties « améliorées » étaient également réclamées et encadrées par les parents, les frères et les épouses, mais comme nous l'avons évoqué, il est probable que qu'on leur accordait plus couramment une capacité d'autonomie et d'activité économique permettant de les libérer sans devoir attendre que quelqu'un veuille bien s'occuper d'eux. Ce premier travail nécessiterait d'être complété par l'analyse d'un échantillon plus large, avec une approche par métiers et par âges.

Il reste également que, compte tenu de la compréhension que j'ai acquise du système gestionnaire des taux de guérison au XIX^e siècle, je ne suis pas certaine que, si ces taux d'hommes guéris et améliorés étaient calculés sur la base des entrées et non sur celle des mouvements annuels, ce taux de sortie par guérison et amélioration resterait aussi nettement supérieur à celui des femmes. On pourrait peut-être avoir quelques surprises à ce sujet.

L'approche micro-historique, sur une période courte, qui s'avère également une période charnière entre la fin du XIX^e et le XX^e siècle, ouvre un champ de questions, tant dans notre lecture de la période qui l'a précédée, que sur celle qui advient ensuite. On peut supposer que, du fait de la critique bien établie du fonctionnement des asiles, cette période de l'histoire a bénéficié des ouvertures mises en place dans les années 1890, avec les sorties à l'essai et le modèle des colonies familiales dont l'organisation répondait à une conception moins stricte de l'enfermement. Mais on a vu celles-ci ont été utilisées, on peut dire « récupérées », par les asiles de la Seine, moins comme une solution alternative que comme un déversoir commode de femmes plutôt âgées et considérées comme incurables, afin de désencombrer les asiles à moindre coût. Lorsque l'on prend appui sur ce fameux rapport de 1856, dans lequel nombre de questions étaient déjà abordées, du point de vue de la différence d'âge à l'entrée entre les hommes et les femmes, de l'importance remarquée des célibataires parmi les femmes internées, des sorties « avant guérison » qui étaient déjà largement utilisées, des phénomènes de rechute déjà comptés, de l'analyse claire du moindre nombre de femmes que d'hommes entrant à l'asile chaque année, il apparaît que la séquence de notre

étude sur les premières années du XX^e siècle s'inscrit institutionnellement dans la même trajectoire et ne présente pas de rupture fondamentale avec les pratiques des premiers asiles de la moitié du XIX^e. Par contre, elle répercute l'évolution des milieux politique et médical avec celle des « idées et des mœurs » ainsi que quelques modifications de l'organisation interne des asiles ouvrant des marges de manœuvre dont pouvaient se saisir les différents acteurs. Mon interrogation porte alors sur la force des représentations dont nous avons hérité sur les asiles du XIX^e, dans lesquels, certes, les conditions de vie étaient dramatiques, avec des pratiques et des traitements de type « moyenâgeux », mais dont le fonctionnement institutionnel présente, par bien des aspects, plus de similitudes avec celui que va connaître l'hôpital psychiatrique du XX^e siècle, même avec ses réformes et ses ouvertures institutionnelles, que celui des hospices du XVIII^e siècle. De cela il faudrait débattre avec les historiens de ces périodes.

TABLE DES GRAPHIQUES, PHOTOS ET TABLEAUX

Index des tableaux

Tableau 1 - Répartition des « admis dans l'année » dans la totalité des asiles en France, en 1901 et en 1905	22
Tableau 2 - Répartition des effectifs « existants au 1 ^{er} janvier » des femmes et des hommes en 1901 et 1905	23
Tableau 3 - Répartition des aliénés en France. Effectifs au 1 ^{er} janvier 1901.....	36
Tableau 4 - Progression des effectifs asilaires et des admissions par année entre 1842 et 1905.....	42
Tableau 5 - Répartition des effectifs du « Service de la Seine », entre établissements parisiens et les autres établissements en contrat avec le département. Année 1907.....	54
Tableau 6 - Ages des aliénés à leur admission - Asiles de la Seine 1903 et 1907.....	60
Tableau 7 - Ages des effectifs "restants" en fin d'année. Asiles de la Seine, 1903 et 1907.....	62
Tableau 8 - Répartition par classes d'âge à partir de 15 ans. Recensement pour la ville de Paris et les admissions dans les asiles de la Seine en 1903 et 1907	64
Tableau 9 - Répartition des effectifs de l'échantillon d'enquête	87
Tableau 10 - Aliénés par nature de folie. France 1901	108
Tableau 11 - Répartition en classes d'âge de la population de l'échantillon	112
Tableau 12 - Répartition de l'état civil des 1189 femmes de l'échantillon.....	115
Tableau 13 - Relation entre l'âge et l'état civil à l'entrée en asile.	118
Tableau 14 - Répartition des formes d'activité déclarées des femmes de l'échantillon d'enquête.....	119
Tableau 15 - Répartition des formes de maladie d'après les diagnostics codés	122
Tableau 16 - Relations entre formes de maladie et âge à l'admission dans les quatre asiles et les deux maisons de santé de l'échantillon d'enquête.	124
Tableau 17 - Répartition des modes de sortie sur l'échantillon de l'enquête en asiles.....	125
Tableau 18 - Taux calculés en 1905 par le bureau de la statistique pour les Asiles de la Seine.....	126
Tableau 19 - Calculs des taux de sortie dans les asiles départementaux en France.....	127
Tableau 20 - Comparaison des taux de sortie entre les deux asiles de la Seine et les deux asiles de province	129
Tableau 21 - Durées de séjour avant la « sortie » administrative, (évasion, guérie, améliorée, transférée et décédée).....	135
Tableau 22 - Effectifs des modes de sortie selon les durées de séjour	139
Tableau 23 - Pourcentage des modes de sortie par durées de séjour par rapport au total	139
Tableau 24 - Répartition des modes de sortie pour chaque durée de séjour (% colonnes).....	139
Tableau 25 - Répartition des durées de séjour pour chaque mode de sortie (% en ligne).....	140
Tableau 26 - Effectifs et proportion des sorties améliorées et guéries.....	156
Tableau 27 - A qui sont remises les femmes à leur sortie de l'asile	179
Tableau 28 - Evolution des effectifs et des mouvements au fur et mesure des années	206

Tableau 29 - Evolution des effectifs et des mouvements de la 2 ^{ème} année à la fin de la 6 ^{ème} année	207
Tableau 30 - Mouvement de sorties en effectifs pour les 211 femmes des asiles de province qui entament leur deuxième année en asile	209
Tableau 31 - Mouvement de sorties en effectifs pour les 250 femmes des asiles de la Seine qui entament leur deuxième année en asile	209
Tableau 32 - Derniers mouvements à partir de la 7 ^{ème} année jusque la dernière.....	222
Tableau 33 - Première admission et rechute des femmes internées dans les asiles départementaux en France en 1901 et 1905.....	232
Tableau 34 - Transférées des asiles de la Seine entre 1902 et 1908 à Bourg-en-Bresse.....	245
Tableau 35 - Relations entre l'âge à l'entrée et les mode de sortie	258

Table des figures

Figure 1 - Placements volontaires et d'office. Rappel des dispositions de la loi de 1838.....	32
Figure 2 - Rappel des conditions de prise en charge dans les asiles publics départementaux. Exemples du département du Vaucluse	37
Figure 3 - Progression des effectifs à l'admission et en effectifs permanents, (1842-1905).....	44
Figure 4 - Mouvement des entrées à l'asile des hommes et des femmes de 1901 à 1926.....	57
Figure 5 - Effectifs à l'admission par classes d'âge. Asiles de la Seine, années 1903 et 1907	61
Figure 6 - Proportion des admis et des restants. Comparaison hommes/femmes.....	63
Figure 7 - Comparaison des âges d'entrée à l'asile avec la population de référence à Paris.....	65
Figure 8 - Répartition des états civils des hommes et femmes entrants à l'asile.....	68
Figure 9 - Répartition de l'état civil d'après le recensement de 1901. France entière, âges supérieurs à 20 ans.	69
Figure 10 - Rappel de l'article 12 de la Loi de 1838	78
Figure 11 - Schéma des documents obligatoires à chaque étape du parcours asilaire.....	82
Figure 12 - Présentation des deux asiles de la Seine : Ville-Evrard et Maison-Blanche	84
Figure 13 - Présentation de l'asile de Montfavet (Avignon) et du Vinatier à Bron (Lyon)	85
Figure 14 - Présentation des deux Maisons de santé.	86
Figure 15 - Copie d'un certificat extérieur. Registre des Lois de Ville-Evrard	91
Figure 16 - Exemple de « certificat immédiat » et de « certificat de quinzaine ».....	92
Figure 17 - Deux exemples de relevés : corpus disponible pour chacune des entrées	97
Figure 18 - Maladies dites curables et incurables d'après le Dr A. Marie.....	110
Figure 19 - Ages d'entrée à l'asile de la population féminine. Echantillon de l'enquête et totalité des asiles de la Seine en 1903 et 1907.....	113
Figure 20 - Ages d'entrée à l'asile. Echantillon de l'enquête et recensement national.....	114
Figure 21 - Répartition de l'état civil de la population âgée de plus de 20 ans : Echantillon de l'enquête et population recensée	115

<i>Figure 22 - Proportion de femmes célibataires, mariées et veuves par classes d'âge. Dans la population nationale et dans l'échantillon</i>	<i>117</i>
<i>Figure 23 – Courbe de la « régression » des « femmes qui restent » à partir de la deuxième année d'asile jusqu'à la cinquantième année.....</i>	<i>137</i>
<i>Figure 24 - Répartition des sorties et des restantes à l'asile à l'issue de la première année.....</i>	<i>142</i>
<i>Figure 25 - Age des décès survenus la première année (en effectifs).....</i>	<i>147</i>
<i>Figure 26 - Etat civil des femmes sorties améliorées et guéries dans la première année d'internement</i>	<i>179</i>
<i>Figure 27 - Comparaison entre l'échantillon des quatre asiles et celui des deux maisons de santé. Taux de sortie et de maintien à l'asile à l'issue de la première année</i>	<i>188</i>
<i>Figure 28 - Age et devenir des femmes à l'issue de la première année</i>	<i>193</i>
<i>Figure 29 - Etat civil et devenirs des femmes à l'issue de la première année.....</i>	<i>194</i>
<i>Figure 30 – Activité professionnelle et devenirs des femmes à l'issue de la première année.....</i>	<i>195</i>
<i>Figure 31 – Type de placement et modes de sortie la première année.....</i>	<i>196</i>
<i>Figure 32 - Celles qui restent, une proportion plus élevée de placées d'office</i>	<i>199</i>
<i>Figure 33 - Devenirs des femmes dans les asiles de la Seine et de province entre la 2^{ème} année à la 6^{ème} année</i>	<i>210</i>
<i>Figure 34 - Répartition des états civils pour les femmes qui commencent leur septième année à l'asile.....</i>	<i>220</i>
<i>Figure 35 - Changements dans la répartition des âges à l'entrée à partir de la 7^{ème} année</i>	<i>220</i>
<i>Figure 36 - Présence de chacune des formes de maladie prépondérantes au démarrage des trois étapes de l'étude. J.zéro à l'entrée, puis au début de la 2^e année et de la 7^e année</i>	<i>221</i>
<i>Figure 37 - Relevés du nombre de séjours au-dessus de 7 années pour les 86 femmes restées dans les deux asiles de province.....</i>	<i>223</i>
<i>Figure 38 – Profils de carrières par l'analyse factorielle.....</i>	<i>256</i>
<i>Figure 39 Schéma dans lequel s'articulent les décisions et l'horizon de sortie.....</i>	<i>263</i>

Index des photos

<i>Photo 1 – Demande placement d'office : « dangereuse pour sa mère âgée de 83 ans (Montfavet)</i>	<i>27</i>
<i>Photo 2 – Demande de placement volontaire d'un père pour sa fille. (Montfavet).....</i>	<i>28</i>
<i>Photo 3 - Photo du graphique des admissions - Asile clinique de Sainte Anne. Magnan 1904.....</i>	<i>51</i>
<i>Photo 4 - Registre des Lois dans les archives de Montfavet.....</i>	<i>80</i>
<i>Photo 5 –Deux pages par patients à Ville-Evrard et Maison-Blanche. La première page est consacrée aux renseignements concernant la personne, et la seconde aux certificats d'admission et aux suivis mensuels</i>	<i>80</i>
<i>Photo 6 – Deux pages de suivis mensuels : A gauche à Montfavet, avec des résumés de bulletin, à droite à Ville- Evrard avec des annotations brèves.....</i>	<i>94</i>
<i>Photo 7 – Exemple d'une page de « démence précoce »: « Pas de changement, idem, id. », pendant des années.....</i>	<i>95</i>
<i>Photo 8 – Boîte de dossiers à consulter. (Maison-Blanche)</i>	<i>99</i>

<i>Photo 9 – Modes de sortie sur la page de garde du dossier médical.....</i>	<i>155</i>
<i>Photo 10 - Liste des personnes à qui envoyer le courrier pour une patiente internée pendant 28 années</i>	<i>227</i>
<i>Photo 11 - Cette page est typique des séjours de longue durée « sans changement ». Registre des Lois, Le Vinatier</i>	<i>228</i>

Bibliographie

1 - ARCHIVES ET SOURCES

Sources manuscrites, archives hospitalières

Archives départementales de Paris

Asiles de la Seine

D1X3 73-75 Registre des entrées hommes et femmes 1902 à 1917

Asile de Maison-Blanche

D4X3 1170 Registres des décédées en 1920 et 1921

D4X3 916-918 Registres d'entrée

D4X3 922. Registres de sortie.

D4X3 934 à 950. Registres de la Loi de 1900 à 1909

D4X3 1057 à 1060. Dossiers médicaux des patientes jusqu'en 1913.

D4X3 1-93 Dossiers d'admission de 1900 à 1913

Archives départementales du Rhône à Lyon

Archives médicales de l'asile de Bron : Centre Hospitalier Le Vinatier

Registres de la Loi Q315 à Q322 – Années 1900 à 1910

Registres de Report 353 et 355

Boîtes de dossiers individuels : Q 820 à 1074. Classement alphabétique pour toutes les années

Archives générales

Préfecture du Rhône. Statistiques par asile Années 1903 et 1904

Archives de la Préfecture de police de Paris. Le Pré Saint Gervais

Archives de la maison de santé de Vanves

325W167 - Registre de la Loi 1900 à 1905

325W168 - Registre de la Loi 1905 à 1911

Archives de la Villa Penthièvre à Sceaux

325W171 - Registre de la Loi 1899 à 1903

325W172 - Registre de la Loi 1903 à 1916

Archives départementales de Créteil

Fond Esquirol pour l'asile national de Charenton

4X563. Registre matricule des femmes par dates d'entrées. 1898-1905

4X564. Registre matricule des femmes par dates d'entrées. 1905-1913

Archives de l'APHP. Paris, rue des Minimes, Paris

La Salpêtrière/ 6R : Pitié Salpêtrière

6R18. Registres d'observations médicales de la 5^e division, 1^{ère} section. Dr Deny. Années 1900-1905

6R 20. Registres d'observations médicales de la 5^e division, section Rambuteau. Années 1908-1910

6R43. Registres d'observations médicales de la 5^e division, 2^{ème} section. 1904. (épileptiques transférées)

6R65. Registres d'observations médicales de la 5^e division, 2^{ème} section, année 1901

Archives départementales de l'Ain, à Bourg-en-Bresse

Asile Sainte Madeleine et Documents généraux H-Dépôt préfecture 1X et 3X

Registre des mouvements mensuels de population (1907-1911)

Rapports médicaux annuels sur la population de l'asile (1873-1938) - 1X348

Rapports semestriels sur le fonctionnement des asiles de Bourg-en-Bresse 1911-1920. (3X271)

Tableaux semestriels nominatifs d'évaluation de l'état mental des aliénés hommes et femmes. 1852-1939. (3X 281)

Dossiers médicaux des patientes décédées de l'asile de Sainte Madeleine 1914. (H dépôt 426)

Registres des aliénées admises pour le département de la Seine 1902-1918. H dépôt CPA 116 et 1193

Tableaux semestriels d'évaluation de l'état mental 1915-1918. 3X281-85. 303-305

Archives de l'hôpital de Ville-Evrard, Neuilly sur Marne, service des archives

Registres de la Loi : R119, années 1903 -1907 et R122, année 1907

Dossiers individuels sorties sur demande nominative

Boîtes : DM213, DM214, DM 194, DM 357, DM364, DM425, DM 428, DM552, DM571, DM572, DM627, DM662

Registres de la Maison Spéciale de Santé. (Dr Sérieux)

Registres de la Loi, asiles hommes. 1900 à 1914. R108 et R124.

Archives de l'hôpital de Montfavet, à Avignon, service des archives

Registres de la Loi : Placements volontaires P24, 26 et 28, 1900 -1912, Placements d'office R76 1904-1905, R78, 1905-1906.

Dossiers individuels sortis sur demande nominative

Registres de Report sur demande

Sources imprimées

Archives départementales de Paris

D1X326 - Procès verbaux des comités de surveillance asiles de la Seine

Archives de l'APHP

L'assistance publique en 1900. Montévrain. Impr de l'école d'Alembert, 1900 (La Salpêtrière)

Asile de Ville-Evrard

Maison spéciale de santé de Ville-Evrard pour le traitement des maladies nerveuses et mentales des deux sexes, fondée par le département de la Seine. *Prospectus et règlement intérieur*. 1907

Bibliothèque du centre hospitalier de Montfavet

Compte moral de l'année 1906

Asile de Montdevergues, Vaucluse. *Prospectus*

République française, Département du Vaucluse. Règlement intérieur du service intérieur de l'asile public d'aliénés de Montdevergues. Avignon. Imprimerie administrative. 1901.

BARBIER Jocelyne, K1000, *Camomille, Mlle Say. L'enfermement de Camille Claudel à Montdevergues*. Editions les Amis du Vieux-Velleron. 2015. 97 p.

CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET, *Montdevergues, Les mémoires d'un hôpital*, Récit. Œuvres sociales locales. 2000. 210 pages

CASTELLI André. *Montdevergues les Roses., terre d'asile*. Editions des œuvres sociales du personnel du Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet. 1990. 157 pages

Archives départementales du Vaucluse à Avignon

Compte rendu administratif de l'exercice 1905 et projets de budget. Avignon. Imprimerie administrative et commerciale 1906

Rapport médical de l'année 1906. Médecin chef, docteur Pichenot. Rapport médical 1907. Directeur J.Mongnet. Médecin chef Dr Broquère

Rapport médical 1908. Médecin chef Dr Broquère

Asile public d'aliénés de Montdevergues. *Rapport médical 1878*. (Signé : Campagne) Gallica

Asile public d'aliénés de Montdevergues. *Compte moral* présenté par le directeur (Robert Lacroix) à l'appui de son compte administratif de 1913. Gallica

Asile public d'aliénés de Montdevergues. *Rapport médical de 1913*. (Signé : le médecin en chef, Dr Broquère). Gallica

Archives départementales du Rhône à Lyon

Du patronage des aliénés. Utilité de la fondation d'une société de patronage dans le département du Rhône, par les docteurs Rousset et Viallon, Médecins chefs de l'Asile de Bron. Lyon. Imprimerie de l'Office d'Assistance par le travail. 1903

Archives départementales de Bourg-en-Bresse

MINISTERE DE L'INTERIEUR. Direction de L'Assistance et de l'Hygiène publique. 1^{er} Bureau. *Instructions relatives au service des aliénés. Paragraphe III. Désencombrement des asiles*. (dite circulaire Clemenceau). p. 1-8

Rapports statistiques et recensements

Annuaire statistique de la Ville de Paris. XXI^e année à XXXI^e année. De 1900 à 1910. Masson 1902 à 1912.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. 1902. Fascicule 98. *Rapport du Directeur au Ministre de l'intérieur et des cultes*. Melun. Imprimerie nationale 2390 XII

Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. Années 1900-1912. Montévrain. Imprimerie Typographique de l'Ecole d'Alembert appelé aussi Rapport du directeur général de l'Assistance Publique à Monsieur le Préfet de la Seine pour le service des aliénés du département pour l'année. Selon les numéros consultables à la Bibliothèque historique de Sainte Anne, la bibliothèque de Maison-Blanche et depuis 2017 sur Gallica. BNF : gallica.bnf.fr/ark:/12148/cb328481618/date

République Française. Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes. Direction du travail. Service du recensement. *Résultats du recensement général de la population effectué le 24 mars 1901.* Paris imprimerie nationale, 1904-1907. 5 volumes. Vol 1. Régions de Paris, du nord et de l'est. Vol II, région du sud-est. Vol III, Régions de l'ouest et du midi. Vol IV Résultats généraux. Vol V Enquêtes annexes. INED - Cote S2F 1901 :1/5 et Gallica

Résultats statistiques du dénombrement de 1901 pour la ville de Paris. Paris, Imprimerie municipale, 1903. INED

Statistique de la France. T.3. Mouvement de la population en 1851, 1852 et 1853. Suivi de Statistique de la France : statistique des établissements d'aliénés : de 1842 à 1853 inclusivement. Strasbourg, Imprimerie administrative, Vve Berger Levrault, 1856- In-folio. (INED)

Statistique générale de la France. *Statistique annuelle des institutions d'assistance.* Imprimerie Nationale. 1903 – 1907. Statistique des établissements d'aliénés, vol 1844-1852, vol -1860 (BIUM, Paris Descartes)

Ouvrages et textes antérieurs à 1914

BALL Benjamin. *Leçons sur les maladies mentales.* 36^{ème} leçon, section III. Editions Asselin et Hiuzeau. Paris 1890. En ligne : psychanalyse-Paris.com/folie_puerperale

CONSTANS, A., LUNIER J., DUMESNIL, O. Rapport général à Monsieur le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874 par les inspecteurs généraux du service. Paris : Imprimerie Nationale. 1878

DUBIEF Fernand-Jean-Baptiste Dr. *Rapport sur le régime des aliénés.* 12 juin 1906. Chambre des députés. 9^e législature : session de 1906. N°47 et annexe : Imprimerie de Motteroz, 1906. 154-27 p.

DUBIEF Fernand-Jean-Baptiste Dr. BAJENOFF Dr (Préface). *Le Régime des aliénés.* Paris : J.Rousset, 1909. 351p.

DU CAMP Maxime. « Les Aliénés, les Asiles, Bicêtre ». *Revue des Deux Mondes.* 2^e période, tome 102, 1872. Pp36-68

DUPRE Ernest, L'œuvre psychiatrique et médico-légale de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, 1905

DUVAL Jules, « Gheel, Une colonie d'aliénés, mœurs de la campine ». *Revue des deux mondes.* 2^e période, tome 12, 1857, p 138-182

GARNIER Paul Dr. *L'internement des aliénés. Thérapeutique et législation.* Par le Dr Paul Garnier. Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police de Paris. Expert près les tribunaux. Paris Rueff Editeurs, 1898. 247 pages

GIRARD DE CAILLEUX (J.H.) Rapport sur les aliénés traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière. Paris, 1863

LUNIER Ludger, « Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882 », *Annales médico-psychologiques*, 1884. N°12 Masson

MAIRET. « Folies de la puberté. Leçons cliniques ». *Annales médico-psychologiques* –Première leçon 1888, n°8. Deuxième leçon, stupeur lypémanique. 1889 n°9.

MOUTHON Jean Marie. *La maison de santé de Vanves, ses fondateurs, ses pensionnaires, son histoire 1822-1932.* Mémoire de l'Ecole pratique des Hautes Etudes. Vanves 2013, 38 p. et annexes

PANCKOUKE. Dictionnaire abrégé des sciences médicales. Paris 1821-1826.

REGIS E. Dr. *Manuel pratique de Médecine mentale*. Préface de M. Benjamin BALL. Ouvrage couronné par la faculté de médecine de Paris. Edition 1892 Paris Octave DOIN éditeur – Nouvelle Edition 1906

ROUSSEAU E. « De la folie à l'époque de la puberté ». Par le docteur E. Rousseau interne à l'asile d'Auxerre. Parsi 1857. *Annales médico-psychologiques*, 1858 n°4. P.146

RUEFF Docteur Les aliénés à l'infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture de police, 1905.

SERIEUX P. LIBERT. *Le régime des aliénés en France au XVIII^e*. AMP 1915-1916, 151p.

XIIIE CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE. Paris 2-9 août 1900. Comtes rendus. 17 volumes. Psychiatrie Volume 8. Masson 1901.

2 - ASILES ET PSYCHIATRIE

ARENA Francesca, «Un cerveau dans le ventre ou un utérus dans la tête ? Représentations et pratiques médicales autour du corps maternel (XVIIe-XIXe siècles)». *Sextant*, n° 30, 2013, « Regards sur le sexe »p. 79-91

ARENA Francesca, « La maternité : entre santé et pathologie. L'histoire des délires puerpéraux à l'époque moderne et contemporaine ». *Histoire, médecine et santé*, n° 3, 2013, p. 101-113

ARENA Francesca, «La folie des mères. Théories et pratiques autour du diagnostic de la folie puerpérale, XVIIe -XXe, France- Italie», *Rives méditerranéennes*, n° 30, 2008, p. 143-154

ARENA Francesca, Yvonne Knibiehler et Rosa Maria Cid Lopez (dir.), *La maternité à l'épreuve du genre. Métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne*, Rennes, Presses de l'EHESS, 2012. 40 p.

ARTIERES Philippe. « L'historienne et l'enfermée ». *Clio, Femmes, Genre, Histoire*. 26 /2007. P.181-187

ARVANE Patrick. *Les chagrins d'amour*, Paris, Seuil, 2012 153 p.

BARNES Mary, BERKE Joseph. *Mary Barnes, un voyage à travers la folie*. 1971. Traduction 1973. Paris. Seuil.

BERNARDET Philippe. Contribution à l'étude de l'évolution de l'hospitalisation psychiatrique en France de 1838 à nos jours. (Internet, référence éditeur non affichée)

BERT Jean-François (Dir.). et BASSO Elisabeth (Dir.). *Foucault à Münsterlingen. A l'origine de la folie*. EHESS 2015. 285 p.

BLY Nelly. *10 jours dans un asile, un reportage*. (1887 in New York World) Editions du sous-sol. 2015. 125 p.

BONNAFE Lucien. Entretien avec « L'esprit du secteur ». *Santé mentale*, n°51. Octobre 2000. Sersy.org/histoire/bonnefe1.html

BONNET Henri. Histoire de la psychiatrie à Lyon. De l'antiquité à nos jours. Cesura Lyon Editions. 1988

CARBONNEL, F. « Folles et vagabondes dans les asiles de la Seine Inférieure (1880-1914) ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. 32/2010 p. 233-250.

CARROY Jacqueline, OHAYON Annick, PLAS Régine. *Histoire de la psychologie en France*. Paris, Editions La Découverte, 2006. 271 p.

CASTEL Robert. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*. Paris, Editions de Minuit, 1976. 333 p.

CASTEL Robert, « Le traitement moral. Thérapeutique et contrôle social au XIXe siècle ». *Topique* n°2, 1970, pp.109-129.

CHAIENAUD Christel. « L'état et la veuve âgée sous la IIIe République. Entre indifférence et prise en charge ». In Yannick MAREL, Daniel REGUIER (dir). *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIIe siècle à nos jours*. PURH 2013P.419-426

CHAPERON Sylvie. « La médecine du sexe et les femmes. Anthologie des perversions féminines au XIXe siècle ». coll. « L'attrape corps » Paris, La Musardine 2008. CR de lecture *Clio, Femmes, Genre, Histoire* 31/2010 – Erotiques, p.313

CHESLER P. *Women and Madness*. San Diego : Harcourt Brace Jovanovich, New York : Double day, 1972

COFFIN Jean-Christophe. *La transmission de la folie, 1850-1914*. Paris, L'Harmattan, 2003. 286 p.

COFFIN Jean-Christophe, « Stigmatisation et dégénérescence. Le vocabulaire psychiatrique aux XIXe et XXe siècles », *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*. Bruxelles, De Boeck Supérieur, « Hors collection », 2007, p. 171-184.

COFFIN Jean-Christophe. « Gladys Swain, Dialogue avec l'insensé ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales*. 53^e année, N. 2, 1998. pp. 323-325

COFFIN Jean-Christophe. « Sexe, hérédité et pathologies. Hypothèses, certitudes et interrogations de la médecine mentale, 1850-1890 ». p.159-186. In Gardey Delphine et Ilana Löwy (dir.) *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris Editions des archives contemporaines, 2000. 227p.

CYRULNIK Boris, LEMOINE Patrick, *La folle histoire des idées folles en psychiatrie*. Paris, Odile Jacob. 2016. 269 p.

DELBEE Anne. *Une femme, Nom Claudel, prénom : Camille, sculpteur*. Paris, Fleurus, Le livre de poche. 2010. 384 p.

DELILLE Emmanuel, KIRSCH Marc, « Natural or interactive kinds ? Les maladies mentales transitoires dans le cours de Ian Hacking au Collège de France (2000-2006) ». « Philosophie de la Psychiatrie ». Elisabeth Basso et Mireille Delbraccio (dir.) *Revue de synthèse*. Tome 137-6^e série. N°1-2- 2016

DELVAUX Martine. *Femmes psychiatisées, femmes rebelles. De l'étude de cas à la narration autobiographique*. Institut Synthélabo. 1998

DIDIER Béatrice. *Dans la nuit de Bicêtre*. Paris Gallimard 2006

DOWBIGGIN Ian. *La folie héréditaire ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIXe siècle*. Paris EPEL, 1993

DE MIJOLLA Alain. *Freud et la France. 1885-1945*. Paris, PUF, 2010

DIDI-HUBERMAN Georges. *Invention de l'hystérie. Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*. Paris, Macula, 1982. 303 p.

DUBY G. et PERROT M. « Ecrire l'histoire des femmes », introduction de la collection *L'Histoire des femmes en Occident* (5 volumes), Volume 1. Paris, Plon, 1991.

EDELMAN Nicole. *Les métamorphoses de l'hystérie, début XIXe à Grande Guerre*. Paris, La Découverte, 2003. 346 p.

EDELMAN Nicole. « Pouvoir psychiatrique et folie hystérique » in Colloque « Genre, défi pour la psychiatrie ». 2013

EDELMAN Nicole. *Histoire de la maladie et du somnambulisme de Lady Lincoln*, Tallandier, 2009. 285p.

EDELMAN Nicole. « Yannick Ripa, L'Affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIXe siècle », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique* [En ligne], 112-113 | 2010, mis en ligne le 03 mars 2011.

- ELLENBERGER Henri-F. *Histoire de la découverte de l'inconscient*. Paris, Fayard, 1994.
- ELLENBERGER Henri-F., ROUDINESCO Elisabeth. *Médecines de l'âme : essais d'histoire de la folie et des guérisons psychiques*. Paris, Fayard. 1995. 550 p.
- FANON Frantz. *Peaux noires et masques blancs*. 1952. Editions Poche 2015
- FAUVEL Aude. « Hystérique mais pas si folle », A propos du livre de Jan Goldstein, *Hysterica complicated by ecstasy. The case of Nanette Leroux* », Princeton University Press, 2009. *La vie des idées.fr*, le 25 juin 2010
- FAUVEL Aude. « Cerveaux fous et sexes faibles. Grande Bretagne 1860-1900 ». *Clio, Femmes, Genre, Histoire* 1/2013, n°37, p.41-64
- FAUVEL, Aude. (2010) « Madness : a female malady » ? Women and psychiatric Institutionnalisation in France. Pp.61-75. In Bourdelais, Patrice, Chircop, John (es) « Vulnerabilities and health ». *Perspective*. Evora : ediçoes Colibri
- FAUVEL Aude. « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*. 2002/1 n° 49-1 p.195-216
- FAUVEL Aude, 2003. « Punition, dégénérescence ou malheur ? La folie d'André Gill (1840-1885) ». *Revue d'histoire du XIXe siècle*. 26/27/2003. Pp 277-304.
- FOUCAULT Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Gallimard, 1972. 613 p.
- FOUCAULT Michel. *Naissance de la clinique*. Paris, PUF, 1963.212 p.
- DE SIVRY Sophie, MEYER Philippe. *L'art & la folie*. Les empêcheurs de tourner en rond. 1998. 126 p.
- FREUD Sigmund. « Deuil et mélancolie », *Cahiers de la TRANSA*, n°4, Texte de 1914, traduit à une date non précisée
- GAUDILLIERE Jean-Max, « Raisons de la folie », *Diogène*, 2003/2 n°202, p.39-52
- GAUDILLIERE Jean-Max et DAVOINE Françoise, *Histoire du trauma, la folie des guerres*. Paris Stock 2006
- GIRAUD Barbara, « L'héroïne goncourtienne. Entre hystérie et dissidence ». *Le romantisme et après en France*. Volume 16. Ed Peter Lang. 2009. 239 p.
- GOFFMAN Erwin, *Asiles. Eudes sur les conditions sociales des malades mentaux*. Présentation de Robert Castel. Les Editions de Minuit. 1968. 452 p.
- GOLDSTEIN Jan. *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*. Le Plessis Robinson : Institut Synthelabo, 1997, 502 p.
- GORDON Felicia, *Constance Pascal (1877-1937) Authority, femininity and feminism in french psychiatry*. London, grs books, 2013
- GRAND Lucile, « L'architecture asilaire au XIXe siècle. Entre utopie et mensonge ». *Bibliothèque de l'Ecole des chartes*. T.163.2005. p.165-196
- GUILLEMAIN Hervé, *Chronique de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe du XIX au XXI siècle*. Editions de la Reinette. 2010. 143 p.
- GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile, 1914-1918*, Alma éditeur, 2013. 415 p.
- GUILLEMAIN Hervé, « L'interrogatoire du schizophrène, un procès thérapeutique au XXe siècle ». *Sociétés et représentations*. 2017/1. n°43. p.29-41.
- HIDE Louisa. *Gender and class in English Asylums, 1890-1914*. Palgrave. 2014, 256 p.
- HINCKER Louis. Avant propos, Quel avenir pour le XIXe siècle. *Revue Histoire du XIXe*, n°47. 2013/2
- HOCHMANN Jacques. *Histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF, 2011. Que sais-je ? 127 p.

- HUTET Christel. « Finir ses jours à l'hôpital. 1840-1940. L'exemple des hôpitaux du Havre et de Fécamp ». In Yannick MAREL, Daniel REGUIER (dir). *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIIe siècle à nos jours*. PURH 2013 pp.349-356
- JANET Pierre. *De l'angoisse à l'extase, Madeleine Leboué, du chagrin d'amour au mysticisme*. Société Pierre Janet. 1975
- KAES René, HAYDEE Faimberg, et coll. *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris, Dunod 1993, nouvelle présentation 2013
- KRAEPELIN Emil. *La folie maniaque-dépressive*, 1913. Texte présenté par Jacques Postel et David F.Allen. Grenoble, Jérôme Million, 2013. 155 p.
- KRAEPELIN Emil. *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*. Introduction de Jacques Postel. Privat 1970. L'harmattan, 1997. 115 p.
- LANTERI LAURA Georges. *La chronicité en psychiatrie*. Les Empêcheurs de tourner en rond. 1997
- LANTERI LAURA Georges. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Paris, Editions du Temps. 1998
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. PUF 2002. 523 p.
- LAROUSSE MEDICAL ILLUSTRÉ. Sous la direction du Dr Galtier-Boissière, mis à jour par le docteur Gautrelet. Librairie Larousse 1924. 1423 pages.
- LE BRAS Anatole. L'asile d'aliénés et le désordre des familles. *Revue d'histoire du XIXe siècle* n° 53, 2016/2, pp. 171-187
- LONDRES Albert. *Chez les fous*. 1925. Editions du Rocher 1997.
- MESLE France, VALLIN Jacques, « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? ». *Population*, n°6, 1981, p.1060
- MAITRE J. *Une inconnue célèbre*. Paris, Anthropos, 1993
- MAJERUS Benoit. *Parmi les fous, une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*. PU Rennes 2013, 305 p
- MISSA Jean-Noël. *Naissance de la psychiatrie biologique*. Paris PUF, 2006
- MISSA Jean-Noël. *Les maladies mentales*. Paris, PUF 2008.
- MURAT Laure. *La Maison du Docteur Blanche, Histoire d'un asile et de ses pensionnaires de Nerval à Maupassant*. Paris JC. Lattes, 2001. Folio, 2006. 568 p.
- MURAT Laure. *L'Homme qui se prenait pour Napoléon : Pour une histoire politique de la folie*, Paris, Éditions Gallimard, coll. « Hors Série Connaissance », 2001. 373 p.
- MUSEUM Dr GUISLAIN, GENT. *Ni rime ni raison, histoire de la psychiatrie*. Lannoo Publishers. Tielt. 2012. 159 p.
- MUSEUM Dr GUISLAIN, GENT. *Femmes névrosées. Deux siècles d'histoire entre femmes et leurs psychiatres*. Lannoo Publishers. Tielt. 2012. 173 p.
- OHAYON Annick. *Psychologie et psychiatrie, 1919-1969, l'impossible rencontre*. Paris, Editions La découverte. 2012. 444 p.
- PARENT-DUCHATELET Alexandre. *La prostitution à Paris au XIXe siècle*. Texte présenté et annoté par Alain Corbin. Seuil.1981. 238 p.
- PASCAL Constance. *Chagrins d'amour et psychoses*. Doin, 1935. Avec avant-propos de Jacques Chazaud, nouvelle édition, Paris, L'Harmattan 2000. 167 p.
- POIZAT, Denis. « « Chez les fous », hommage à Albert Londres », *Reliance*, vol. n° 19, no. 1, 2006, pp. 7-8.

- POSTEL Jacques, QUETEL. Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris. Dunod, 2012. 647 p.
- POSTEL Jacques (dir.). *Dictionnaire de la psychiatrie*. Paris. Larousse 2003. 531 p.
- PRESTWICH, Patricia. « Family strategies and medical power : voluntary commital in Parisan Asylum 1876-1914 ». In Porter, Roy Wright, David (ed). *The confinement of the insane : international perspectives, 1800-1965*. Cambridge University Press, 2003, p. 79-99
- QUETEL Claude. *Images de la folie*, Paris, Gallimard 2010. 167 p.
- QUETEL Claude. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*. Paris, Tallandier. 2009. 619 p.
- RICHELLE Sophie. *Les folles de bailleul, Expériences et conditions d'internement dans un asile français, 1880-1914*. Bruxelles, Université des femmes. Cahiers de l'UF, 2013.158 p.
- RIGOLI Juan. *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle*. Préface de Jean Starobinski. Fayard 2001. 649 p.
- RIPA Yannick. *La ronde des folles. Femmes, folie et enfermement au XIX siècle 1838-1870*. Paris, Aubier. 1986. 216 p.
- RIPA Yannick. *L'Affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIXe siècle*. Paris, Tallandier, 2010, 296 p.
- RIVIERE Anne, GAUDICHON Bruno, GHANASSIA Danielle. *Camille Claudel, catalogue raisonné*. Adam Biro, 1996.
- ROEKENS Anne (Dir.). *Des murs et des femmes. Cent ans de psychiatrie et d'espoir au Beau Vallon*. PU Namur 2014. 196 p.
- ROSSIGNAUX-MEHAUST Mathilde. « Vieillir entre soi. Expériences, espace et sociabilité des vieillards à l'hospice parisien des Ménages au XIXe ». In Yannick MAREL, Daniel REGUIER (dir.) *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIIe siècle à nos jours*. PURH 2013P. 243-257
- ROUDINESCO Elisabeth. *Histoire de la psychanalyse en France*, Paris Seuil, 1986. Tome 1 et 2
- ROUDINESCO Elisabeth. *Sigmund Freud et son temps dans le nôtre*. Seuil. 579 p.
- ROUY Hersilie. *Mémoires d'une aliénée (1885)* Préface d'Anne Roche, Le coq Héron. 1999
- SPOONER C. Emma. « The mind is thoroughly Unhinged » Reading in the Auckland Asylum Archive, New Zealand, 1900-1910 ». *Health & History*. 2005. 7/2. P.56-79
- SHOWALTER, ELAINE. *The female malady :women, madness, and English culture 1830-1980*. New York. Panthéon Books, 1985
- STOCKMAN René. *Naissance de la psychiatrie institutionnelle en Belgique*. Louvain 2001
- SWAIN Gladys. *Le sujet de la folie, naissance de la psychiatrie*. Précédé de Gauchet Marcel, « De Pinel à Freud », Paris, Calmann-Lévy, 1997. 193 p.
- SWAIN Gladys. *Dialogue avec l'insensé. Essais d'histoire de la psychiatrie*. Précédé de Marcel Gauchet, A la recherche d'une autre histoire de la folie » Paris Gallimard. 1994
- THIFAUULT Marie Claude. *Enfermement asilaire au tournant du XXe siècle. Une toupie sur la tête. Usages de la folie à saint Jean de Dieu*. Boréal 2007
- THIFAUULT Marie Claude. « L'enfer pré asilaire à la fin du XIXe siècle et au début du XXe. Perceptions, interprétations et discours masculins sur la folie des femmes mariées ». *Recherches féministes*, 2010, Vol 23,2 p.127-142

THIFAUT Marie Claude. « Sentiments et correspondance dans les dossiers médicaux des femmes internées à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, de la fin du XIXe au début du XXe ». *Recherches féministes*, vol 21, n°2, 2008, p.127-142.

TOULOUSE Ed., DUPOUY R., MOINE M. Statistique de la psychopathie. *Annales Médico-Psychologiques*. N°02. Paris Masson 1930. P.392 à 406.

TRICHET Yohan. L'entrée dans la psychose. Approches psychopathologiques, clinique et auto-traitements, Paris, PUR 2011

VON BUELTZINGSLOEWEN Isabelle. *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007 Rééd: Flammarion-Champs, Histoire, 2009. 522 p.

VON BUELTZINGSLOEWEN Isabelle, « A propos d'Henriette D. Les femmes et l'enfermement psychiatrique dans la France du XXe siècle ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. 26/2007 pp. 89-106, 2007.

WOUTERS P., POLL M. *Du régime des malades mentaux en Belgique, Bruxelles*, Etablissements Emile Bruylant, 2^e édition, 1938. 346 p.

XENAKIS Mâkhi, *Les folles d'enfer de la Salpêtrière*. Actes Sud. 2004. 184 p.

Travaux universitaires non édités

COLDEFY Magali, *De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France*. Thèse de doctorat en géographie. 2010. Université de Paris 1- Panthéon-Sorbonne

DERRIEN Marie. La tête en capilotade. Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français (1914-1980).Thèse de doctorat en histoire. Université Lumière Lyon 2. 2015. Sous la direction de Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN.

DERRIEN Marie. *La folie au féminin. L'internement des femmes dans les asiles français entre 1900 et 1939*. Mémoire de Master 1. Université Lyon 2. 102 p.

DUCASTEL Justine. Entrer à l'asile, y vivre et y mourir... Trajectoires et conditions d'internement des femmes colloquées et décédées au Beau Vallon entre 1914 et 1964. Mémoire de Master en histoire, UCL, 2013

FAUVEL Aude. *Témoins aliénés et « Bastilles modernes ». Une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800- 1914)*. Tome 1 – La constitution de l'antialiénisme au XIXe siècle. 377 p. Tome II. Les aliénés, les aliénistes et la société civile face à la maladie du siècle. 687 p. EHESS Doctorat Histoire et Civilisations. 29 novembre 2005. Sous la direction de Jacqueline CARROY. EHESS.

HINCKER L., TERRIER D., Le nom et le nombre. Remarques sur le « tournant critique » en histoire sociale quantitative en France. Travail collectif. Calhiste, Université de Valenciennes. 2006-2008.

LE BRAS Anatole. *Négocier l'internement. Les aliénés du Finistère entre familles, autorités et médecins (Asile saint Athanase, 1850-1900)*. Master d'histoire, Institut d'études politiques de Paris, Ecole doctorale de Sciences PO. 2014. 252 p.

MAHIEU Floride, *La pharmacie à l'asile de Sainte Gemmes sur Loire 1880 – 1906*. Mémoire de Master 2 en histoire contemporaine. Université de Tours. 2015

MOUTHON Jean Marie. *La Maison de santé de Vanves. Ses fondateurs, ses pensionnaires, son histoire. 1822-1932*. Diplôme de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes. 2013. 38 pages et annexe.

PERREAULT Isabelle. *Psychiatrie et ordre social. Analyse des causes d'internement et de diagnostics donnés à l'hôpital Saint Jean de Dieu dans une perspective de genre. 1920-1950*. Thèse, Université d'Ottawa, 2009

ROSSIGNEUX-MEHEUST Mathilde, *Vivre, vieillir et mourir en institution au XIXe siècle : genèse d'une relation d'assistance*. Doctorat d'Histoire. Université Paris 1. Panthéon Sorbonne. 2015.

« L'histoire des sciences « par en bas » », Appel à contribution, *Calenda*, Publié le lundi 04 juin 2012, <http://calenda.org/208802>

3 - HISTOIRE MODERNE ET CONTEMPORAINE

- ADLER Laure. *Secrets d'alcôves, histoire du couple, 1830-1930*. Bruxelles, Edi. Complexe, 1990
- ARIES Philippe, BEJIN André. *Sexualités occidentales*. Paris, Le seuil, 1982
- BAWIN-LEGROS Bernadette. *Famille, mariage, divorce*. Liège Mardago, 1988
- BORIE Jean. *Mythologies de l'hérédité au XIXe siècle*. Paris Galilée, 1981
- BOZON Michel. *La formation du couple. Textes essentiels pour la sociologie de la famille*. Paris, La découverte, 2006
- BOZON M., RENNES J. « Age et sexualité ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire* 42/2015,
- BURGUIERE André, KLAPISCH-ZUBER Christiane, SEGALIN Martine, ZONABEND Françoise. *Histoire de la famille*. Tome 1 et 2. Paris, Armand Colin 1986
- CHARLES Christophe. *Les élites de la république. 1880-1900*. Paris Fayard 1997
- CICCHELLI-PUGEAULT Catherine, CICCHELLI Vincenzo. *Les théories sociologiques de la famille*, Paris, La découverte, 1998
- CORBIN Alain, *Histoire du corps. Tome 2 et 3. Les mutations du regard. Le XXème siècle*. Paris, Le Seuil, 2006
- DAUPHIN Cécile. « Femmes seules ». *Histoire des femmes* Tome 4. Le XIXe siècle. PLON 1991. P.445-459
- DE MIJOLLA Alain. *Préhistoire de famille*, PUF 2004
- DUBY Georges, PERROT Michelle (Dir.). *Histoire des femmes*, Paris Plon. 1991
- DUBY Georges et ARIES Philippe (Dir.). *Histoire de la vie privée, Tome 4 et 5*. Le Seuil. 1987
- DUPAQUIER Jacques, (Dir.). *Histoire de la population française*. T3 de 1789 à 1914. PUF 1988
- FARGE Arlette, KLAPISCH-ZUBER Christiane. *Madame ou Mademoiselle ? Itinéraires de la solitude féminine*. XVIIIe – XXe. Arthaud Montalba. 1984
- GARDANNE de Charles-Pierre Louis. *Avis aux femmes qui rentrent dans l'âge critique*. Paris Gabon, 1816
- GARDEN Maurice. « Mariages parisiens à la fin du XIXe siècle : une micro-analyse quantitative ». *Annales de démographie historique*. 1998, p.111 à 133
- GROPPI Angela, FINE Agnès. « Femmes, dots et patrimoines. » *Clio Femmes, Genre, Histoire* 7/1998
- GIULIANI Fabienne. *Les liaisons interdites. Histoire de l'inceste au XIXe siècle*, Paris, Publications de la Sorbonne, 2014
- HACKING Ian. *Leçon inaugurale, faite le 11 janvier 2001, Collège de France*. Chaire de philosophie et histoire des concepts scientifiques. Paris, Collège de France. 2001
- HELG Aline. *Plus jamais esclaves ! De l'insoumission à la révolte, le grand récit d'une émancipation. (1492-1838)*. Paris Editions la Découverte. 2016. 387 p.
- HENRY Louis, HOUDAILLE Jacques. « Célibat et âge au mariage au XVIIIe et XIXe siècles en France. II. Age au premier mariage ». *Population*, 34^e année, n°2, 1979, pp. 403-442.
- KRISTEVA Julia. *Histoires d'amour*, Paris, Denoël, 1983

- LENOIR Rémi. *Généalogie de la morale familiale*, Paris seuil, 2003
- MURAT Laure. *La loi du genre. Une histoire culturelle du troisième sexe*. Paris Fayard, 2006.
- OZOUF Mona. *Les aveux du roman. Le XIXe siècle entre Ancien Régime et Révolution*. Paris Fayard, 2001
- PARENT-DUCHATELET Alexandre. *La prostitution à Paris au XIXe siècle*. Texte présenté et annoté par Alain Corbin. Seuil.1981.238 p.
- PERROT Michelle. *La vie de famille au XIXe siècle*. Suivi de MARTIN-FUGIER Anne. Les rites de la vie privée bourgeoise. Seuil 2015. 290 p.
- PERROT Michelle. *Les ombres de l'histoire. Crime et châtement au XIXe siècle*. Paris Flammarion 2001, 428 p.
- RIOT SARCEY Michèle. *Démocratie à l'épreuve des femmes. 1830- 1848*. Paris Albin Michel 1994
- RIOT SARCEY Michèle. *Le procès de la liberté, une histoire souterraine du XIXe siècle en France*. Paris, Editions la Découverte, 2016. 343 p.
- ROGERS Rebecca, avec THEBAUD Françoise, *La fabrique des filles, de Jules Ferry à la pilule*, Paris Editions Textuel, 2010
- ROGERS Rebecca. « L'éducation des filles. XVIII-XXe siècles ». N° spécial de La *Revue d'histoire de l'éducation*. 2007. N°115-116
- ROUDINESCO Elisabeth. *La famille en désordre*. Paris, Fayard, 2002
- SMITH Bonnie. *Les bourgeoises du Nord*, Perrin, 1989
- STEINBERG Sylvie. *Une tâche au front : la bâtarde au XVI^e et XVII^e siècles*. Albin Michel, 2016. 440 p.
- STEINBERG Sylvie. « Quand le silence se fait : bribes de paroles de femmes sur la sexualité au XVII^e siècle ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. 31/2010 : *Erotiques*. p. 79-110.
- THIERCE Agnès. « De l'école au ménage » Le temps de l'adolescence féminine dans les milieux populaires (Troisième République ». *Clio, Femmes, Genre, Histoire*. 4/1996. P.75-90
- WALCH Agnès. *Histoire du couple en France, de la Renaissance à nos jours*. Rennes, Editions Ouest France, 2003
- WINOCK Michel. *La Belle époque. La France de 1900 à 1914*. Editions Perrin, 2003
- ZANCARINI-FOURNEL Michelle. *Histoire des femmes en France. XIX-XX siècles*. Rennes, PUF, 2005

4 - APPROCHES PLURIDISCIPLINAIRES

- ACKER Françoise. « Les compétences des malades ». *Recherches en Soins Infirmiers ARSI* 2006/4 n°87, p. 57-65
- AGAMBEN Giorgio. *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Rivages poche 2007. 50p.
- ARTIERES Philippe. *Le livre des coupables*. Paris Albin Michel 2000
- ARTIERES Philippe. *Rêves d'histoire ? Pour une histoire de l'ordinaire*. Les prairies ordinaires. 2006
- AUSTIN J.L. *Quand dire c'est faire*, 1962. Seuil 1970. Pour la version française. 202 p.
- BARTHES Roland. *Mythologies*. Paris, Seuil, 1957. 247 p.
- BARTHES Roland. *L'aventure sémiologique*. Paris, Seuil, 1985. 359 p.

- BECKER Howard S. *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*. 1963. Traduction Editions Métailié, 1985. 248 p.
- BECKER Howard S. *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris. La découverte. 2002 ? 354 p.
- BECKER Howard S. STRAUSS Anselm L. « Careers, personality and adult socialization », *American journal of sociology* LXII (November 1956) pp. 253-263.
- BECKER Howard S. *La bonne focale. De l'utilité des cas particuliers en sciences sociales*. Chicago 2014. Paris, La découverte, 2016, pour la traduction française, 267 p.
- BENFORD Robert D., SNOW David A. « Framing Process and social movements : An overview and assessment ». Traduction par Nathalie Miriam Plouchard. *POLITIX – 2012/3 n°99*. P.217-255
- BERGSTROM Marie. « L'âge et ses usages sexuels sur les sites de rencontres en France (années 2000) ». Age et sexualité. *Clio, Femmes, Genre, Histoire*.42/2015. P. 125-145.
- BESSIN Marc., BLIDON Marianne., (Dir) « Vieillir » *Clio. Femmes, Genre Histoire*. 6/ 2011.
- BORZEIX Anni, GARDIN B. (coord par) « Langages et activités de service ». *Cahier Langage et travail*, 1993. N°4.
- BOUCHERON Patrick. *Faire profession d'historien*. Paris Publications de la Sorbonne. 2010. P. 79-80
- BOUCHERON Patrick. *Ce que peut l'histoire*. Collège de France. Fayard 2016.
- BOUILLON Antoine. *Madagascar. Le colonisé et son âme*. L'Harmattan. Paris 2014.423 p.
- BOURDIEU Pierre. Ce que parler veut dire. Economie des échanges linguistiques. Fayard 1982
- BOURDIEU Pierre. *La distinction : Critique sociale du jugement*, Editions de Minuit. 1979. 670p.
- BOUTET J. Activité de langage, activité de travail. *Futur antérieur*, 1993. 16,53-62.
- BOUTET J., GARDIN B., &LACOSTE M., Discours en situation de travail, *Langages*, 117, 12-31
- BOZON Michel, RENNES Juliette. « Histoire des normes sexuelles : emprise de l'âge et du genre ». *Clio Femmes, Genre, Histoire*. Age et sexualité. 2015. 42/105. p.7-20
- BUTLER Judith, *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*. La découverte, 2005.
- BUTLER Judith, *Défaire le genre*, Paris Ed Amsterdam, 2006.
- CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF 1966. 224 p.
- CANUT Cécile, von MUNCHOW Patricia. *Le langage en sciences humaines et sociales*. Ouvrage collectif. LL. Lambert Lucas 2015.
- CHAPIREAU François. « L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au XXe siècle». In Coldefy (dir) *La prise en charge de la santé mentale*. La documentation française 2007. P.127-143
- CHAPIREAU François. « Les nouveaux longs séjours en établissements de soins spécialisés en psychiatrie : résultats d'une enquête nationale sur un échantillon représentatif (1998-2000) ». *L'encéphale*. Vol 31, n°4-septembre 2005. Pp. 466-76.
- COLDEFY Magali, CLEMENT Nestrigue (Irdes). « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse des déterminants de la variabilité territoriale». *Questions d'économie de la santé*. N° 02. Oct 2014. Pp 1-8
- CHARTIER Roger. *Au bord de la falaise. L'histoire entre certitudes et inquiétude*. Paris, Albin Michel. 2009. 375 p.
- CHARTIER Roger. *Ecouter les morts avec les yeux*. Leçon inaugurale prononcée le 11 octobre 2007. Paris, Collège de France. Fayard 2008. 70p.

- CIBOIS Michel. « Le PEM, pourcentage de l'écart maximum : un indice de liaison entre modalités d'un tableau de contingences », *Bulletin de méthodologie sociologique*, 1993, n°40, pp. 43-63
- COUSTEAUX Anne Sophie. « Santé ». *Encyclopédie critique du genre*. Dir Juliette RENNES. Paris La découverte. 2016. P. 571-583.
- DE CERTEAU Michel. *L'écriture de l'histoire*, Paris, Gallimard, 1975. Folio 2011. 528 p.
- DE CERTEAU Michel. *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*, Gallimard 1980. Folio 1990. 349 p.
- DE CERTEAU Michel. ROBIN Régine, « Le discours historique et le réel ». *Dialectiques* n°14. Été 1976. P.41-62
- DE MIJOLLA Alain, *Les visiteurs du moi, fantasmes d'identification*. Paris, Les belles lettres, 1986.
- DELILLE Emmanuel, KIRSCH Marc. « Natural or interactive kinds ? Les maladies mentales transitoires dans les cours de Ian Hacking au collège de France (2000-2006) ». P.87-115. *Philosophie de la psychiatrie. Revue de synthèse*. N°137. 6^e série, Vol 137/1-2-2016.
- DEMAZIERE Didier, SAMUEL Olivia, « Inscrire les parcours individuels dans leurs contextes » *Temporalités*. 11/2010. En ligne. URL :<http://temporalites.revues.org/1167>
- DESROSIERES Alain. « Entre réalisme métrologique et conventions d'équivalence : les ambiguïtés de la sociologie quantitative », *Genèses*, 43, pp. 112-127
- DESROSIERES Alain. *Pour une sociologie historique de la quantification*. Paris Mines, 2008
- DESROSIERES Alain. *L'argument statistique*. Paris Presse des Mines. Collection Sciences sociales. 2008.
- DEVEREUX Georges. *L'angoisse et la méthode dans les sciences du comportement*. Paris Flammarion. 1970. 474 p.
- DODIER Nicolas. « Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique. » *Réseaux*. 1993. Vol 11. N°62. p.63-85.
- DODIER Nicolas. « Transformations des langages et du travail critique des sciences sociales. Quelques propositions à partir de l'exemple des questions médicales ». *Raisons politiques*. 2014/3 (N°55) p.7-46.
- DODIER Nicolas, BARDOT Janine, « La force des dispositifs ». *Annales, Histoire, Sciences sociales*. 2016/2, 71^e année, p.421-450.
- DODIER Nicolas, RABEHARISOA Volona, « Les transformations croisées du monde « psy » et des discours du social ». *Politix*. 2006/1 (n°73) p.9-22
- DODIER Nicolas. *L'expertise médicale*. Metallié. 1993. 372 p.
- DUBAR Claude, NICOURD Sandrine, *Les biographies en sociologie*. Paris La découverte. 2107. 121 p.
- DUBY Georges, PERROT Michelle (dir), « Ecrire l'histoire des femmes ». *Histoire des femmes*, Tome 1- pp 1-19. Paris Plon. 1991.
- DUPASQUIER Jacques, (Dir) *Histoire de la population française*. Tome 3, de 1789 à 1914. PUF 1988.
- FARGE Arlette. *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil 1989. Seuil Collection Points Histoire. 1997. 154 p.
- FARGE Arlette, *La déchirure, Souffrance et déliaison sociale au XVIII^e siècle*, Paris, Bayard, 2003
- FARGE Arlette, FOUCAULT Michel. *Le désordre des familles. Lettres de cachet des Archives de la Bastille au XVIII^e siècle*. Gallimard. 1982. Folio, 2014. 485 p.
- FLAHAULT François. *La parole intermédiaire*. Préface de Roland Barthes. Seuil, 1978
- FOUCAULT Michel. *Maladie mentale et personnalité*. Paris PUF, 1954
- FOUCAULT Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard 1972

- FOUCAULT Michel. *L'ordre du discours*. Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970. Gallimard 1971
- FOUCAULT Michel. *Les mots et les choses, une archéologie des sciences humaines*. Paris. Gallimard. 1966
- FOUCAULT Michel. *Surveiller et punir*. Paris Gallimard 1975. 360 p.
- FOUCAULT Michel. *Dits et écrits*, VolIII. Gallica 1997. P.225
- FOUCAULT Michel. Qu'est-ce que la critique ? Suivi de La culture de soi. Vrin 2015
- FRAENKEL Béatrice. « Actes d'écriture : quand écrire, c'est faire ». *Langage et société*, 2007/3 n° 121-122, p 101-112
- FRAENKEL Béatrice. « Le style abrégé des écrits de travail ». *Cahiers du Français contemporain*. 1994. 1, p. 177-194
- FRAENKEL Béatrice. *Les écrits de septembre*. New York 2001. Textuel 2002
- FURET François. Le quantitatif en histoire. Le GOFF et NORA. *Faire de l'histoire. Nouveaux problèmes*. T1. Gallimard 1974. Folio Histoire 1999. Pp. 69-92.
- GINZBURG Carlo. *Le Fromage et les vers*. Préface de Patrick Boucheron. Aubier 2014. 298 p.
- GINZBURG Carlo, PONI Carlo. « La micro-histoire ». *Le débat*, n°17, décembre 1981. P.133-136.
- GLASER Barney, STRAUSS Anselm. *La découverte de la théorie ancrée, Stratégies pour la recherche qualitative*. Armand Colin, 2010
- GOFFMAN Erving. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. 1961. Paris Minuit. 1968, pour la traduction française. 448 p.
- GOFFMAN Erving. *Les rites d'interaction*, Editions de Minuit, 1974
- GOFFMAN Erving. *Stigmates, les usages sociaux du handicap*, 1963. Editions de Minuit, 1975, traduction française. 180 p.
- GOFFMAN Erving. *Façons de parler*. 1981. Editions de Minuit, pour la traduction 1987
- GOFFMAN Erving. *Le parler frais*. Paris Minuit. 1989
- GROSJEAN Michèle, LACOSTE Michèle, *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris PUF, Le travail humain. 1999. 225 p.
- GUILHAUMOU Jacques, MALDIDIER Denise, ROBIN Régine. *Discours et archive - expérimentations en analyse du discours*, Liège [Belgique], Mardaga, Philosophie et langage, 1994, 218 p. 22 cm
- HACKING Ian. *Leçon inaugurale faite le 11 janvier 2001*. Philosophie et histoire des concepts scientifiques. Collège de France. 157 p.
- HERAN François. « L'assise statistique de la sociologie ». *Economie et statistique*, n°168, Juillet-Août 1984. Sociologie et statistique, pp. 23-35
- HALL Oswald. « The stages of medical career » *American journal of sociology* LIII (March 1948) pp.243-253. (Traduction française par T.Mialhe, in C.Herzlich, « Médecine mentale et société (Mouton 1970) pp. 209-223 (N.de T.)
- HINCKER Louis. « L'ancêtre révolutionnaire, le cas de Claude Simon », *Annales historiques de la Révolution française* (en ligne) 372, avril-juin 2013. [Http://ahrf.revues.org/12789](http://ahrf.revues.org/12789)
- JABLONKA Ivan. *Histoire des grands-parents que je n'ai pas eus*. Une enquête. Paris. Seuil 2012
- JABLONKA Ivan. *L'histoire est une littérature contemporaine. Manifeste pour les sciences sociales*. Paris. Seuil. 2014

- JOSEPH Isaac. *Erving Goffman et la microsociologie*. PUF 1998. 126 p. Ebook en ligne 2009
- JOSEPH Isaac, JEANNOT G. *Les métiers du public- Les compétences de l'agent et l'espace de l'utilisateur*. Paris Editions du CNRS
- JOSEPH Isaac. « Coopération et justification – La prestation de service et les logiques d'usage ». Communication présentée au colloque : *A quoi servent les usagers ?* Paris France 1991
- KRIEG- PLANQUE Alice. *Analyser les discours institutionnels*. Armand Colin 2013. 235 p.
- LE GOFF Jacques, NORA Pierre (dir.). *Faire de l'histoire. I Nouveaux problèmes*. Gallimard 1974. Folio Histoire, 1999. 309 p.
- LEGRAND Monique, VOLERY Ingrid. *Genre et parcours de vie. Vers une nouvelle police des corps et des âges ?* Nancy, Presses universitaires de Nancy-Editions universitaires de Lorraine, 2013. 320 p.
- LEMERCIER Claire, ZALC Claire. *Méthodes quantitatives pour l'historien*. Paris. La Découverte, « Repères » 2008. 120 p.
- LEPETIT Bernard (Dir). « Une logique du raisonnement historique » (note critique), *Annales ESC* sept –oct 1993, n°5 p.1209-1219
- LEPETIT B. 1988 ; « L'histoire quantitative, deux ou trois choses que je sais d'elle », *Histoire et mesure*, vol IV, n° ¾. p. 191-199
- MAINGUENEAU Dominique. *Discours et analyse du discours*. Armand Colin. 2014.216 p.
- MARTIN Olivier. *L'enquête et ses méthodes. L'analyse quantitative des données*. 3e édition. Paris Armand Colin. 2014. 125 p.
- MOLINA Simone, *Archives incandescentes. Ecrire, entre la psychanalyse, l'Histoire et le politique*. Préface de Benjamin Stora. L'Harmattan. 2014, 274 p.
- MONTEMONT Véronique. *Vous et moi, usages autobiographiques du matériau documentaire*. Armand Colin, 2012
- NOIRIEL Gérard. *Penser avec, penser contre. Itinéraire d'un historien*. Paris Belin 2003
- OFFENSTADT Nicolas. *L'historiographie*. PUF 2014. 126 p.
- PASSERON Jean Claude. *Le raisonnement sociologique*. Paris, Albin Michel. 2006
- PASSERON Jean Claude. « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires. » *Revue française de sociologie*. XXX, 1989, p.3-22
- PERROT Michelle. *Les femmes ou les silences de l'histoire*. Paris, Champs Histoire, Flammarion, 2001
- PERROT Michelle. *Mon histoire des femmes*. Paris Seuil 2006. Coll. Points 2008. 231 p.
- PERROT Michelle. *Mélancolie ouvrière*. Grasset 2012. Coll Points.2014. 187 p.
- RENNES Juliette et alii., « La tyrannie de l'âge ». *Mouvements* 59, 2009
- RENNES Juliette. (Dir.). « Age ». *Encyclopédie critique du genre*. Paris La découverte. 2016. P.42-53
- REVEL Jacques. « Microstoria », dans Christian Delacroix, François Dosse, Patrick Garcia et Nicolas Offenstadt (dir.), *Historiographies, concepts et débats*, Paris, Gallimard, 2010, 2 tomes, Folio Histoire, t. 1, p. 529-534
- REVEL Jacques (dir.). *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, EHESS/Gallimard/Seuil, 1996.
- REY Olivier. *Quand le monde s'est fait nombre*. Paris Stock. Les essais. 2016. 319 p.
- REYNAUD Jean-Daniel. *Les règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*. Paris Armand Colin. 1992

- RIGOLI Juan. *Lire le délire, aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle*. Paris Fayard. 2001
- ROBERT Marthe. *Roman des origines et origines du roman*. Paris, Grasset 1972. Gallimard 2009
- RIOT SARCEY Michèle. « L'historiographie française et le concept de genre ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*. Oct.déc. 2000. pp 805-814
- RIOT SARCEY Michèle. *De la différence des sexes. Le genre en histoire*, (dir.), Larousse, 2010
- RIOT SARCEY Michèle. *Le Réel de l'utopie. Essai sur la politique du XIX*. Paris Albin Michel 1998
- RIOT SARCEY Michèle. *Penser le genre. Pouvoir politique et écriture de l'histoire*. Creaphis 2015
- ROBIN Régine. *Le Roman mémoriel - de l'histoire à l'écriture du hors-lieu*, Longueuil : Le Préambule, Collection L'univers des discours, 1989, 22 cm, 196 p.
- ROBIN Régine. *Histoire et linguistique*. Armand Colin 1973.307 p.
- SEGALEN Martine. *Sociologie de la famille*, Paris Armand Colin, 1996.
- STOLER Ann Laura. *La chair de l'empire. Savoirs intimes et pouvoirs raciaux en régime colonial*. Paris, La Découverte. 2013.
- STRAUSS Anselm. *La Trame de la Négociation: Sociologie Qualitative et Interactionnisme*. Paris. L'Harmattan. 1992. 311 p.
- STRAUSS Anselm. *Miroirs et masques : une introduction à l'interactionnisme*, avec une « Introduction to the French Translation ». Editions Métalié, 1992. 311 p.
- STRAUSS Anselm & CORBIN Juliet. *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Academic Presse Fribourg 2004
- TABET P. *La construction sociale de l'inégalité des sexes : des outils et des corps*. Paris, L'Harmattan, 1998.
- THEBAUD Françoise. *Ecrire l'histoire des femmes et du genre*, Lyon ENS Edition. 2e édition revue et augmentée 2007.
- THERE Christine. « Age et retour d'âge : l'asymétrie entre les sexes dans les discours médicaux en France. (1770-1836). Age et sexualité. *Clio, Femmes, Genre, Histoire*. 42/2015. P.53-75.
- TISSERON Serge. *Nos secrets de famille*. Paris Ramsay 1999.
- TISSERON Serge. Préface de RENARD Elisabeth. *Le docteur Gaetan Gatian de Clérembault, sa vie et son œuvre. 1872-1934*. Le Plessis Robinson. Synthelabo. 1992.
- TOPALOV Christian. « Dans les marges : Bernard LEPETIT, enseignant ». *Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, 17/1996
- TRONTO J. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris, la découverte, 2009 (1993)
- VEYNE Paul. *Comment on écrit l'histoire*. 1971, Texte intégral Seuil. Coll.Points, 1996, 439 pages

5 – LITTÉRATURE

- ARTAUD Antonin. *Lettres 1937-1943*. Gallimard 2015
- BARNES Julian. *Une fille qui danse*. Paris, Mercure de France. 2013
- CALEB CARR. *L'aliéniste*, Paris, Presses de la Cité. Pocket, 1994
- CANUDO Ricciotto. *Les libérés. Mémoire d'un aliéniste, Histoire de fous*. Première édition, E. Fasquelle, 1911. Avec une Préface de Tobie Nathan. Essai d'Annick Cape. Plon Terre Humaine. 2014

- COTE Jacques, *Dans le quartier des agités*. Alire 2010. 440 p.
- DE FONTENAY Elisabeth. Actes de naissance, Entretiens avec Stéphane Bou. Paris, Seuil 2011
- DAENINCK Didier. *Caché dans la maison des fous*. Paris. Editions Bruno Doucey. 2015
- DELBEE Anne. *Une femme : Claudel, Prénom Camille, sculpteur*. Presses de la Renaissance. 1982
- ELUARD Paul. *Souvenirs de la maison des fous*. Dessins de Gérard Vulliamy, Paris, Seghers, 2011
- FOLLET Ken. *La chute des géants, Le siècle*, Paris, Laffont, 2010
- FOWLES John. *La maitresse du lieutenant français*. Paris, Seuil, 1969
- FREUND Michael. *La disparition de Deborah L.* Paris, Seuil, 2012
- GRIMBERT Philippe. *Un secret*. Paris, Fleurus, le livre de poche, 2007
- GARAT Anne-Marie. *Photos de famille*, Seuil, 1994
- JULIET Charles. *Lambeaux*, Gallimard Folio, 1995
- LE GALL Marie. *Mon étrange sœur*. Grasset, 2017
- LEJEUNE Philippe. *Moi aussi*. Seuil, 1986
- LEJEUNE Philippe. *Je est un autre*. Seuil, 1980
- MACHADO DE ASSIS J.M. *L'aliéniste*, Paris, Editions Métailié, 1984
- OATES Joyce Carol Oates. *Mudwoman*. Paris Philippe Rey, 2013
- O'FARRELL Maggie. *L'étrange disparition de Esme Lennox*, paris, Belfond 2008,10/18 n°4282
- RITSOS Yannis. *Le chant de ma sœur*, Edition bilingue, 2013
- SCOTT Walter. *La fiancée de Lammermoor*, 1819
- SPIEGELMAN Art, *META MAUS*. Paris, Flammarion, 2012
- SPIEGELMAN Art. *L'intégrale MAUS*, Paris, Flammarion, 2012
- SCHNECK Colombe. *Réparation*, Paris, Grasset, 2012
- SEKSIK Laurent. *Le cas Eduard Einstein*, Paris, Flammarion, 2013
- SIMON Claude. *Le Tramway, roman*. Paris, Les éditions de Minuit 2001
- TREINER Sandrine. *L'idée d'une tombe sans nom*. Paris, Grasset, 2013
- VIGAN DE Delphine. *Jours sans faim*. Paris. Grasset et Fasquelle, 2001
- VIGAN DE Delphine. *Rien ne s'oppose à la nuit*. Paris J.C. Lattes. 2011
- VAN GOGH Vincent. *Lettres à son frère Théo*. Gallimard 2014

Quelques films

- Dr Jekyll et Mr Hyde*, 1932, ROUBEN MAMOULIAN
- Psychose*, 1960, ALFRED HITCHCOCK
- Répulsion*, 1965, ROMAN POLANSKI
- Family Life*, 1971, KEN LOACH
- L'Histoire d'Adèle H*, 1975, FRANÇOIS TRUFFAUT

Le locataire, 1976, ROMAN POLANSKI

Vol au dessus d'un nid de coucou, 1976, MILOS FORMAN

Le juge et l'assassin, 1976, BERTRAND TAVERNIER, avec Galabru

Camille Claudel, 1988, BRUNO NUYTEN

Rain man, 1988, BARRY LEVINSON

An angel at my table, 1990, JANE CAMPION,

Les gens normaux n'ont rien d'exceptionnel, 1993, LAURENCE FERREIRA BARBOSA.

Un homme d'exception, 2001, RON HOWARD

Spider, 2001, David Cronenberg

The Magdalene sisters, 2002, PETER MULLAN

Shutter Island, 2010, MARTIN SCORSESE

A dangerous method, 2011, DAVID CRONENBERG

Augustine, 2012, ALICE WINOCOUR

Camille Claudel 1915, 2013, BRUNO DUMONT

Philomena, 2013, STEPHEN FREARS

Annexes

1 - Statistique nationale - Copie du tableau XII

Statistique générale de la France. *Statistique annuelle des institutions d'assistance. Imprimerie Nationale. 1903 – 1907. Statistique des établissements d'aliénés*, vol 1844-1852, vol 1854-1860 (BIUM, Paris Descartes)

Copie du tableau XII de l'année 1901.

Page suivante

— 6 —

ASILES D'ALIÉNÉS

EX 1901.

TABLEAU XII. — Asiles d'aliénés. — Mouvement d'entrée et de sortie

NATURE des ÉTABLISSE- MENTS.	ESPÈCES DE FOLIE.	EXISTANT		ADMIS DANS L'ANNÉE								TOTAL des EXISTANTS et des admis.		par GUÉRISON.	
		au 1 ^{er} JANVIER.		pour la 1 ^{re} FOIS.		par suite de RECHUTE.		par réintégration après évacuation ou sortie avant guérison.		venant d'un AUTRE ASILE ou transférés.		Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.
		Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Asile national. (Charente).	Folie simple et épileptique.	108	260	23	54	11	11	1	11	6	15	149	351	19	23
	Folie alcoolique.	7	2	7	1	5	2	"	"	1	19	6	13	4	
	Folie paralytique.	86	5	27	3	2	"	"	1	5	1	120	10	"	"
	Démence sénile.	19	54	12	12	"	"	"	4	"	35	96	"	"	"
	Idiotie et crétinisme.	13	3	"	"	"	"	"	1	"	14	3	"	"	"
TOTALS.		233	354	69	70	18	13	1	12	16	17	337	466	32	27
Asiles départemen- taux.	Folie simple et épileptique.	11,302	16,622	2,814	3,217	603	620	196	243	293	657	15,208	21,389	657	868
	Folie alcoolique.	2,324	772	1,259	377	339	112	74	32	31	37	4,030	1,350	608	137
	Folie paralytique.	783	623	1,125	423	70	11	44	16	56	108	2,078	1,181	5	4
	Démence sénile.	1,303	1,029	713	742	56	33	24	16	43	183	2,139	2,613	7	14
	Idiotie et crétinisme.	3,030	2,000	592	444	97	64	40	9	65	119	3,824	3,266	14	12
TOTALS.		18,712	22,246	6,503	5,233	1,165	850	378	316	401	1,134	27,279	29,779	1,291	1,035
Quartiers d'hospice.	Folie simple et épileptique.	1,855	3,353	352	576	80	108	22	21	240	85	2,579	4,143	144	245
	Folie alcoolique.	353	167	101	24	5	4	1	12	4	494	217	69	13	
	Folie paralytique.	189	58	126	53	6	2	4	1	60	3	385	116	1	"
	Démence sénile.	100	206	62	119	1	2	3	17	9	183	339	2	1	
	Idiotie et crétinisme.	833	731	31	57	2	1	2	3	75	52	943	844	2	4
TOTALS.		3,360	4,515	672	841	113	118	35	29	404	133	4,584	5,659	218	263
Asiles privés faisant fonctions d'asiles publies.	Folie simple et épileptique.	4,280	6,012	620	778	120	173	69	32	27	146	5,116	7,141	236	299
	Folie alcoolique.	1,145	324	224	35	80	4	9	"	8	18	1,466	381	143	14
	Folie paralytique.	407	201	202	79	21	1	15	1	10	28	715	310	6	"
	Démence sénile.	463	666	121	101	8	2	5	4	2	14	599	787	1	2
	Idiotie et crétinisme.	1,044	1,124	83	57	2	"	7	4	5	19	1,141	1,204	4	"
TOTALS.		7,339	8,327	1,310	1,650	231	180	105	41	52	225	9,037	9,823	390	315
Asiles privés proprement dits.	Folie simple et épileptique.	595	707	180	335	29	54	3	3	7	2	614	1,101	66	140
	Folie alcoolique.	17	9	26	9	9	2	"	1	"	"	52	21	22	8
	Folie paralytique.	92	19	88	9	7	"	1	"	1	"	189	28	2	"
	Démence sénile.	39	64	20	26	"	"	"	"	"	"	59	90	"	3
	Idiotie et crétinisme.	16	7	2	1	"	"	"	"	1	18	9	2	"	"
TOTALS.		559	806	316	380	45	56	4	4	8	3	932	1,249	92	151
Tous les établisse- ments réunis.	Folie simple et épileptique.	17,970	26,951	3,989	4,990	843	966	291	310	573	905	23,666	34,125	1,192	1,575
	Folie alcoolique.	3,846	1,274	1,617	462	457	125	87	34	54	60	6,061	1,955	855	176
	Folie paralytique.	1,557	906	1,628	566	106	14	64	10	132	140	3,487	1,645	14	4
	Démence sénile.	1,924	2,649	928	1,000	65	47	32	23	66	206	3,015	3,925	10	20
	Idiotie et crétinisme.	4,936	4,465	708	559	101	65	40	16	146	221	5,940	5,326	22	16
TOTALS.		30,233	36,218	8,870	7,577	1,572	1,217	523	402	971	1,532	42,169	46,976	2,023	1,791
ENSEMBLE (les deux sexes).		66,481		16,417		2,789		925		2,503		89,145		3,814	

— 7 —

FRANCE ENTIERE.

pendant l'année. — Effectif au 1^{er} janvier et au 31 décembre.

SORTIS												DÉCÉDÉS								TOTAL DES SORTIS et des décédés.		RESTANT au 31 DÉCEMBRE.	
par AMÉLORA- TION.		par ÉVASION.		pour cause de TRANSPOR- TEMENT.		pour autres CAUSES.		TOTAL des sortis.		par MALADIE.		par ACCI- DENT.		par SUICIDE.		TOTAL des décédés.		Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.		
Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.						
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38		
5	14	1	1	3	6	5	13	33	57	8	19	"	"	1	"	9	19	42	76	107	275		
"	"	"	"	"	"	"	2	13	6	"	"	"	"	"	"	"	13	6	6	"	"		
3	"	"	"	1	2	6	3	10	5	19	1	"	"	"	"	19	1	29	6	91	4		
1	"	"	"	"	"	2	"	3	"	10	6	"	"	"	"	10	6	13	6	22	90		
"	"	"	"	1	"	"	"	1	"	"	1	"	"	"	"	"	1	1	1	13	2		
9	14	1	1	5	8	13	18	60	68	37	27	"	"	1	"	38	27	98	95	239	371		
723	926	137	18	921	1,217	277	331	2,715	3,360	1,200	1,300	"	1	13	4	1,213	1,305	3,928	4,665	11,230	16,724		
222	61	21	2	532	164	52	16	1,435	380	172	65	"	"	"	"	173	65	1,608	445	2,422	885		
94	39	3	"	397	197	74	16	573	256	724	345	1	"	"	"	725	345	1,298	601	780	550		
36	31	"	3	223	329	50	38	316	415	402	559	"	"	"	"	402	559	718	974	1,421	1,639		
47	19	20	1	301	305	50	44	435	381	188	171	"	"	2	"	190	171	625	532	3,199	2,714		
1,122	1,076	181	24	2,377	2,212	503	445	5,474	4,792	2,686	2,440	1	1	16	4	2,703	2,445	8,177	7,237	19,102	22,542		
93	158	20	3	96	62	86	91	459	559	187	307	"	"	2	2	189	309	628	868	1,951	3,275		
17	2	"	"	4	2	5	2	95	19	23	14	"	"	"	"	21	14	119	33	375	184		
8	2	"	"	8	3	20	2	37	7	149	37	"	"	1	"	150	37	187	44	198	72		
5	5	1	"	9	8	10	11	27	25	54	98	"	"	"	"	54	98	81	123	102	216		
9	10	1	"	36	19	20	14	68	47	41	53	"	1	1	"	42	54	110	101	833	743		
132	177	22	3	153	94	141	120	666	657	454	509	"	1	5	2	459	512	1,125	1,169	3,459	4,490		
142	161	32	1	36	20	80	62	526	543	356	427	3	1	8	3	367	431	893	974	4,223	6,167		
40	7	5	"	3	"	16	3	207	24	75	17	"	"	"	"	76	17	283	41	1,183	340		
23	1	"	"	13	2	19	2	62	5	234	90	1	"	"	"	235	90	297	95	418	215		
3	1	"	"	4	3	10	4	18	10	128	156	"	"	"	"	128	156	146	166	455	621		
3	1	"	"	3	6	13	5	23	12	74	59	3	"	"	"	77	59	100	71	1,041	1,133		
212	171	37	1	59	31	138	76	836	594	867	740	7	1	9	3	883	753	1,719	1,347	7,318	8,476		
56	106	4	"	21	50	23	38	170	334	39	49	"	"	1	2	40	51	210	385	404	716		
4	2	"	"	2	"	"	"	28	10	"	"	"	"	"	"	"	1	28	11	24	10		
24	1	"	"	19	2	16	2	61	5	47	3	"	"	"	"	47	3	108	8	81	20		
1	"	"	"	1	3	2	4	6	13	18	17	"	"	"	"	13	18	17	24	42	66		
2	"	"	"	1	"	"	"	4	1	1	"	"	"	"	"	1	"	5	1	13	8		
87	109	4	"	42	54	42	42	267	356	100	71	"	"	1	2	101	73	368	429	564	820		
1,010	1,365	194	23	1,077	1,355	471	535	3,883	4,853	1,700	2,102	3	2	25	11	1,818	2,115	5,701	6,068	17,965	27,157		
283	72	26	2	541	166	73	23	1,778	439	270	97	"	"	3	"	273	97	2,051	536	4,010	1,419		
153	43	3	"	438	206	135	25	743	278	1,173	476	2	"	"	"	1,176	476	1,010	754	1,568	891		
46	37	1	3	236	341	75	55	368	607	837	67	"	"	"	"	607	837	975	1,293	2,040	2,632		
61	30	21	1	314	331	83	63	531	441	304	284	3	1	3	"	310	285	841	726	5,099	4,600		
1,562	1,547	245	29	2,636	2,309	837	701	7,303	6,467	4,144	3,796	8	3	32	11	4,184	3,810	11,447	10,277	30,682	36,699		
3,109		274		5,035		1,538		13,770		7,040		11		43		7,994		21,764		67,381			

2 - Catégories de relevés sur la base des registres des lois

Base de données systématique sur les 1348 entrées en asile et en mai sur laquelle ont été relevés les informations suivantes :

N° d'ordre	organisation interne
Asile/ Maison de santé	A/MS
Seine/département	S/D
Nom de l'asile	
Aliéniste signataire	
N° de registre	
Matricule à l'entrée	
Nom Prénom	
Etat civil	
Profession	
Age à l'entrée	
Date d'entrée	
Date de sortie	
Durée de séjour en jours	calcul automatique
Durée de séjour en année	calcul automatique
Placement Vol/office	
<i>Pour les placés volontaires :</i>	
<i>Placé par ...</i>	
<i>Agé de ...</i>	
<i>Profession de...</i>	
Mode de sortie déclaré	
Lieu de transfert	
Remise à	
Certificat de sortie	Texte intégral
Autre internement	Oui/non
Idée ou tentative de suicide	Oui/non
certificat médical extérieur	Texte partiel
Certificat immédiat	Texte intégral
certificat de quinzaine	Texte intégral
Suivi médical	Texte partiel
Cause du décès	Texte

3 – Catégories des maladies mentales

D'après le formulaire du :

Ministère du commerce et de l'industrie,

Bureau de la statistique annuelle

« Etat n°10 » (A remplir par les directeurs d'asile) »

OBSERVATIONS ESSENTIELLES⁴⁵²

1° La *Folie simple*, comprenant les différentes variétés de manie, lypémanie et de monomanie, les folies circulaires et à double forme, le délire des persécutions, la folie raisonnante et la démence consécutive à ces différentes formes de vésanie ;

2° La *Folie alcoolique*, provenant de l'abus des spiritueux et comprenant le Delirium tremens dû à l'alcoolisme;

3° La *Folie paralytique* ou paralysie générale des aliénés;

4° La *Démence sénile* et la *Démence organique*, c'est à dire l'affaiblissement des facultés intellectuelles, par effet de l'âge ou résultant d'une lésion organique locale du cerveau ;

5° L'*Idiotie* et le *Crétinisme*, qui, quoique dissemblable sur certains points, ont l'une et l'autre pour caractère l'absence ou l'arrêt des développements des facultés intellectuelles ou morales.

Ces formes typiques seront les seules que l'on devra faire figurer dans les cadres.

⁴⁵² Extrait de l'imprimé « MINISTERE DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE, BUREAU DE LA STATISTIQUE GENERALE. Exécution des circulaires des 1^{er} janvier 18989 et 30 janvier 1900. ETAT n°10. Paris Imp. Paul Dupont. Archives générales de la Préfecture du Rhône, Statistiques par asiles. Année 1903.

4 - Glossaire

Ce glossaire est constitué à partir de plusieurs sources, principalement :

REGIS E. Dr. *Manuel pratique de Médecine mentale*. Préface de M. Benjamin BALL. Ouvrage couronné par la faculté de médecine de Paris. Edition 1892 Paris Octave DOIN éditeur – Nouvelle Edition 1906

COFFIN Jean Christophe. *La transmission de la folie*, 1850-1914. Paris, L'Harmattan, 2003. 286 p.

POSTEL Jacques, QUETEL. Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2012. 647 p.

POSTEL Jacques (dir.). *Dictionnaire de la psychiatrie*. Paris Larousse 2003. 531 p.

LAROUSSE MEDICAL ILLUSTRÉ sous la direction du Dr Galtier-Boissière, mis à jour par le docteur Gautrelet. Librairie Larousse 1924. (LMI)

Affaiblissement intellectuel ou des facultés mentales. L'affaiblissement des facultés mentales est un symptôme très souvent nommé dans les diagnostics à l'entrée en asile. Il disparaît généralement avec le temps, au profit d'un diagnostic plus précis : affaiblissement sénile, (différent de la démence sénile), paralysie générale, dépression, démence précoce... Mais il arrive que ce terme persiste sans être rattaché à aucune forme spécifique de maladie, il semble alors qu'il s'agisse des prémices de la sénilité, ou bien que le diagnostic n'ait pas été précisé dans les documents consultés.

Alcoolisme. On distinguait les états **aigus**, liés à l'absorption d'une dose supérieure à ce que l'organisme supporte et l'alcoolisme **chronique**, lié à l'absorption régulière de doses d'alcool entraînant une intoxication généralisée avec les troubles associés, physiques, mentaux et de comportement.

Aliénation mentale. « Absence, abolition partielle ou générale des fonctions psychiques », (LMI). Ce terme va donner lieu à toute la gamme des états de « folie ».

Assistance publique. C'est l'ensemble des services de secours que dirigent l'Etat, les départements, les communes, venant en aide « aux malheureux qui ne pourraient subsister sans son appui : malades, vieillards, indigents, enfants abandonnés... » (LMI)

- Assistance aux aliénés, loi du 30 juin 1838
- Assistance aux enfants, loi du 23 décembre 1874 et du 28 juin 1904 pour les enfants abandonnés.
- Assistance médicale gratuite, loi du 5 juillet 1893.
- Assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, loi du 14 juillet 1905.
- Etc...

Cachexie. (du gr. *kakos*, mauvais et *exis*, disposition). Altération profonde du corps caractérisée par l'amaigrissement ou au contraire, la bouffissure du corps. Etat de très grand affaiblissement, résultat de longues maladies ou de graves carences alimentaires. (LMI).

Cachexie sénile, pour les personnes âgées, cachexie paralytique pour les malades atteints de paralysie générale (cf. plus loin)

Chorée. (du gr. *chorea*, danse). Affections caractérisée par des mouvements involontaires. On rencontre parfois dans ces cas des troubles mentaux sérieux, dit « folie choréique ».(LMI).

Confusion mentale, dite aussi « état confus ». Ce sont des troubles psychiques, lenteur des opérations, désorientation, confusion de l'esprit, torpeur cérébrale avec onirisme. (LMI). On y trouve aussi des délires hypocondriaques. Le Dr Régis y range, dans sa nouvelle édition, en 1906, la « démence précoce », en tant que « confusion mentale chronique »...

Crétinisme. (du latin *creta*, à cause la teinte blanche ou pâle grisâtre des malades). Arrêt du développement de l'organisme avec des signes physiques très particuliers (« le crétin des alpes ».) Il est lié à une altération de la glande thyroïde.

Débilité. Le terme de débile est très fréquemment utilisé en particulier dans les diagnostics initiaux, et il n'est pas sans poser problème. En principe la débilité simple n'est pas un état qui peut entraîner l'internement dans un asile, contrairement à *l'imbécillité et l'idiotie* qui en sont des formes sévères et donc considérées comme motif d'internement au titre de l'incapacité totale à se diriger dans la vie, et donc de l'aliénation. Il peut être associé à des troubles du comportement et être désigné cause d'internement, « du fait de l'incapacité à se diriger dans la vie et de subvenir seul à ses besoins ». Il est très couramment utilisé dans les premiers mots des diagnostics de certains aliénistes.

Dégénérescence. Ce terme désigne une théorie de la folie héréditaire selon laquelle celle-ci ne pourrait qu'évoluer vers la dégénérescence, mais il est aussi utilisé pour désigner tous les états de « déséquilibre mental » (troubles délirants et hallucinatoires, imbécillité, etc.) qui auraient pour particularité d'être constitutionnels et héréditaires. Il est à la base de la classification des formes de folie définies sur la base de leurs causes, initiée par Augustin Morel (1809-1873) puis par Valentin Magnan (1835-1916). Dans les années 1895⁴⁵³, cette doctrine est vivement critiquée et discutée dans le milieu médical. Pour le professeur Benjamin Ball (1833-1893), « elle recouvre tous les états dont on ne sait que faire car ils sont mal définis⁴⁵⁴ ». Pour autant, les psychiatres, tant en France qu'à l'international, n'arrivent pas à se mettre d'accord sur une nouvelle classification.

Entre 1900 et 1912, le terme est toujours utilisé massivement par Magnan à la consultation de l'asile clinique de Sainte Anne, tandis que d'autres aliénistes ne l'utilisent quasiment plus.

⁴⁵³ COFFIN Jean-Christophe, *La transmission de la folie 1850-1914*. Paris, L'Harmattan. 2003. 286 p.

⁴⁵⁴ COFFIN Jean-Christophe, 2003, déjà cité. p. 173.

Délire systématisé, délire de persécution. Ce délire se distingue du délire chronique polymorphe par les phases de son développement et de son installation qui sont systématiques et observables. Les thématiques sont majoritairement de l'ordre de la persécution. Au début du XXe siècle, P. Sérieux (1864-1947) et J. Capgras (1873-1950) le décrivent sous le nom de « psychoses à base d'interprétations délirantes ». Plus tard le terme germanique de *paranoïa* viendra caractériser ce délire qui est marqué par des interprétations délirantes, qui n'altèrent pas l'intelligence et n'évoluent pas vers la démence⁴⁵⁵.

Démence. A la fin du XIXe siècle les démences sont décrites sous au moins cinq formes : démence précoce, démence sénile, démence organique, démence paralytique, démence vésanique.

Le terme de **démence vésanique** créé par Philippe Pinel (1745-1826) pour désigner les démences non organiques a quasiment disparu du vocabulaire à l'époque qui nous occupe. Les **démences organiques** sont liées à des troubles neurologiques du cerveau, ou aux attaques cardio-vasculaires et à leurs séquelles.

Le terme de **démence précoce** apparaît en France avec Morel (1809-1873) en 1860. C'est ensuite le nom choisi en 1883 par Kraepelin (1856-1926), psychiatre à Munich, pour désigner les démences qui débutent avant l'âge adulte. Plusieurs formes sont décrites : hébéphrénique, catatonique, paranoïde et délirante. En 1906, Paul Sérieux (1864-1947) la définit comme : « une psychose caractérisée par un affaiblissement psychique spécial, à marche progressive, survenant en général dans l'adolescence (entre 15 et 30 ans) et se terminant le plus souvent par l'anéantissement de toute manifestation de l'activité mentale, sans jamais compromettre la vie du malade⁴⁵⁶ ». En 1911, Eugène Bleuler (1857-1939) et, à sa suite, la plupart des auteurs adoptent plutôt le terme de *schizophrénie*, qui rassemble ces différentes formes de démence.

La démence précoce fait partie des maladies aux pronostics sombres. La guérison, d'après Kraepelin, surviendrait, treize fois sur cent dans les formes catatoniques, huit fois sur cent dans les formes hébéphréniques, et jamais dans les formes paranoïdes.

La **démence sénile**. C'est le nom donné aux états délirants et désorientés des personnes âgées et très âgées.

La **démence paralytique**. C'est le nom donné à la démence des personnes atteintes de paralysie générale. (cf. plus loin)

Epilepsie. Maladie très ancienne connue par les hébreux, en Inde en Chine et Mésopotamie. Affection nerveuse chronique caractérisée par des crises convulsives : pertes de connaissances brutale, chutes, mouvements désordonnés, écume à la bouche, morsure de la langue, coma, hébétude... Des troubles intellectuels et de comportements sont parfois associés à ces états. Elle est très étudiée au XIXe siècle et fait l'objet de nombreuses

⁴⁵⁵ POSTEL Jacques, QUETEL. Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2012. 647 p. p. 215-222.

⁴⁵⁶ REGIS E. Dr. *Manuel pratique de Médecine mentale*. Préface de M.Benjamin Ball. Ouvrage couronné par la faculté de médecine de Paris. Octave DOIN éditeur – Nouvelle Edition 1906. p.321

descriptions. Pour les uns c'est une maladie mentale à part entière, et fait partie des « névroses », pour d'autres c'est une maladie du système nerveux⁴⁵⁷.

Hallucinations. La définition donnée par Jean Etienne Esquirol (1772-1840) : « un homme qui a la conviction entière d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à la portée de ses sens, est dans un état d'hallucination⁴⁵⁸ ». Il en existe plusieurs formes. Hallucinations de l'ouïe, (le malade entend des voix) de la vue, de l'odorat.

Hypocondrie. Inquiétude permanente concernant la santé, l'état et le fonctionnement de ses organes. Elle peut devenir une obsession permanente et donner lieu à des délires avec des représentations effrayantes du corps.

L'hystérie est loin d'être, au début du XXe siècle, une cause d'internement massif. D'ailleurs comme le souligne Nicole Edelman⁴⁵⁹, Charcot (1825-1893) et les neurologistes ont réfuté dans les années 1890 l'idée que l'hystérie fût de l'ordre de la folie. Par la suite, la « folie hystérique » sera considérée comme un trouble fonctionnel avec des causes émotionnelles, dont le traitement doit avoir lieu dans les services de neurologie des hôpitaux et non dans les asiles. Ce qui était déjà le cas à La Salpêtrière, l'époque de Charcot, avec deux services, celui des *hystériques simples*, en « neurologie », et celui des *hystériques aliénées*, dans la division des « aliénées ». On assiste probablement au moment de bascule de ce que Ian Hacking avait conceptualisé comme étant un exemple type de « maladie transitoire », c'est à dire « qui apparaît à un endroit et à une époque donnés avant de disparaître peu à peu⁴⁶⁰ ». L'hystérie ne va pas pour autant disparaître, mais en sortant des cadres de la folie et de l'asile, elle est l'objet de cadres conceptuels nouveaux, et les lieux et formes de son traitement évoluent parallèlement.

Idiotie et imbécillité. « Absence ou arrêt du développement des facultés intellectuelles ou morales ».

Lypémanie. Ancien nom de la mélancolie. On parle aussi de délire lypémaniaque pour les états délirants de la mélancolie (cf. plus loin).

Maniaco-dépressif. J.P. Falret (1794-1870) a décrit cette forme de maladie mentale en 1854 sous le nom de « folie circulaire ». Avec une évolution successive et régulière de l'état maniaque et de l'état mélancolique avec un intervalle lucide plus ou moins prolongé entre les deux. Elle a été aussi appelée « folie à double forme » en 1883 par Antoine Ritti

⁴⁵⁷ POSTEL Jacques, QUETEL. Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2012. 647 p. page 258-265.

⁴⁵⁸ Larousse Médical Illustré. Sous la direction du Dr Galtier-Boissière, mis à jour par le docteur Gautrelet. Librairie Larousse 1924. 1423 pages.

⁴⁵⁹ EDELMAN Nicole. *Les métamorphoses de l'hystérique. Du début du XIXe siècle à la Grande Guerre*. Paris La découverte. 2003. 344 pages. (Pages 263-283 : « Eclatements de la figure de hystérique, années 1890-1914 ».

⁴⁶⁰ DELILLE Emmanuel, KIRSCH Marc. « Natural or interactive kinds ? Les maladies mentales transitoires dans les cours de Ian Hacking au collège de France (2000-2006) ». P.87-115. *Philosophie de la psychiatrie. Revue de synthèse*. N°137. 6è série, Vol 137/1-2-2016.

(1844-1920), « folie à rechutes », « folie intermittente », « folie périodique »... Emil Kraepelin (1856-1926) reprend cette notion en 1905 sous le nom de psychose maniaco-dépressive. Actuellement le terme de bipolaire est celui qui rend compte de ces troubles.

Manie. Les états maniaques sont décrits comme étant des états de grande excitation (cris, chants, loquacité, propos incohérents, agitation, parfois violente et dangereuse, tapage et agitation nocturne, tracasse les autres la nuit, bris d'objets, vêtements déchirés...) avec dans certains cas, mais pas toujours accompagnés d'hallucinations et de délire. Plusieurs formes de manies sont décrites dans les deux manuels de psychiatrie du Dr E. Régis. Dans l'édition de 1906, la manie figure au chapitre des « psychopathies mentales ou psychoses », avec les trois mêmes classifications que dans la précédente édition, c'est-à-dire : la « manie aiguë », typique ou subaiguë, la « manie chronique » et la « manie cyclique », rémittente et intermittente. Les manies aiguës étant considérées comme ayant de plus grandes chances de guérison.

Mélancolie. Autrefois nommée *monomanie*, puis *lypémanie* par Esquirol (1772-1840), la mélancolie est la cause majeure d'internement à cette époque. Elle est décrite avec des nuances diverses, « mélancolie anxieuse », « mélancolie stupide », « dépression mélancolique », « états d'épuisement », « idées d'indignité », « découragements ». Dans d'autres cas, c'est un « délire mélancolique » avec parfois des hallucinations et des idées de persécution ; on y trouve aussi souvent le refus d'aliments, des idées et des tentatives de suicide.

Le Docteur Febvré, médecin-chef à Ville-Evrard, attirait l'attention en 1900, sur le fait que « les formes dépressives de la folie ne sont bien souvent que les conséquences immédiates ou éloignées de souffrances physiques liées elles-mêmes à des lésions organiques, inflammatoires ou autres, longtemps méconnues, négligées ou traitées dans de mauvaises conditions ». De même que pour d'autres pathologies où « la cause déterminante semble être l'épuisement, préparé par une existence abreuvée de soucis, de malheurs, de privations, qui a mis l'organisme en entier dans un état de faiblesse extrême. »⁴⁶¹

En termes de pronostic les aliénistes distinguent les états de « mélancolie aiguë », des états de « mélancolie chroniques ». Les états aigus étant considérés comme ayant de plus grandes chances de « curabilité »

Morphinomanie. Intoxication par l'opium.

Paralysie générale. Elle est décrite par A. Bayle (1799-1858) en 1822, et son étiologie syphilitique est affirmée par E. Régis (1855-1918) en 1888, mais la preuve sérologique ne sera certaine qu'en 1913. Elle est caractérisée par « un affaiblissement des facultés mentales, un ictus maniaque violent, accompagné de délire ambitieux, diffus et incohérent, désordre dans les actes, embarras de la parole, inégalité pupillaire qui évoluent vers la

⁴⁶¹ Rapports sur le service des aliénés du département de la Seine. Années 1900. Montévrain. Imprimerie Typographique de l'Ecole d'Alembert – 1901. Dr Febvré, Médecin chef de la division des femmes. Asile de Ville Evrard. p.159-175.

déchéance physique et intellectuelle, la démence, la paralysie et la mort⁴⁶² ». Avant 1913, quelques aliénistes se partagent encore entre deux conceptions, celle d'un lien avec d'autres causes possibles, comme l'alcoolisme ou celle du lien avec la syphilis. Cette maladie sexuellement transmissible était particulièrement importante dans la population masculine (cf tableau 10. 3487 cas de PG soit 8% des les malades en traitement en 1901, contre 1.645 cas de PG chez les femmes, soit 3,8% de l'effectif en traitement). Elle présentait un taux de mortalité important dans les asiles, dès les premiers temps de l'hospitalisation. Les premiers traitements de la syphilis se développent après la première guerre mondiale sur la base de dérivés bismuthiques et arsenicaux, puis après la dernière guerre mondiale avec la pénicilline. Avec la guérison de la syphilis et ensuite la prévention, la paralysie générale va disparaître peu à peu des hôpitaux psychiatriques.

Psychose. Au début du XXe siècle, c'est un terme générique qui tend à remplacer le terme de folie. On parle de psychose maniaque, psychose puerpérale, psychose de la puberté... Avec le développement de la psychanalyse, l'opposition psychose /névrose va se développer de façon plus structurée par la suite.

Le terme de **puerpéral** est utilisé pour désigner les troubles mentaux liés à la grossesse, l'accouchement ou la lactation. On les nomme « folie puerpérale » ou « psychose puerpérale ». La psychose puerpérale était considérée comme pouvant connaître des évolutions très contrastées : « Dans les cas où la guérison n'a pas lieu, la folie puerpérale aboutit, la plupart du temps, à la démence⁴⁶³ ».

Sitiophobie (du grec *sition*, aliment et *phobos*, crainte). Refus d'aliment souvent associé à la mélancolie avec stupeur, confusion mentale ou délire aigu, négativisme de la démence précoce, crainte d'être empoisonné (LMI.1924). Le terme d'anorexie existait déjà, mais il n'est pas utilisé dans les diagnostics.

Vésanie. Terme utilisé par Philippe Pinel (1745-1826) pour désigner les états de folie morale par opposition à la folie liée à des causes organiques Il est devenu synonyme de folie. Désigner les «vieux vésaniques », est une façon de dire « les vieux fous ».

⁴⁶² POSTEL Jacques, QUETEL. Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2012. 647 p. p.203-214.

⁴⁶³ BALL Benjamin. Leçons sur les maladies mentales. 36^{ème} leçon, section III. Editions Asselin et Hiuzeau. Paris 1890. En ligne : [psychanalyse-Paris.com/folie puerpérale](http://psychanalyse-Paris.com/folie_puerperale).

5 - « Désencombrement des asiles ». Extrait de la Circulaire :

MINISTERE DE L'INTERIEUR

DIRECTION DE L'ASSISTANCE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUES

1ER BUREAU

CIRCULAIRE

Dite « circulaire Clemenceau »

Paris le 10 novembre 1906.

Le Président du Conseil, Ministère de l'intérieur,
A Messieurs les préfets.

La présente circulaire a pour but de vous demander certains renseignements et de vous donner diverses instructions relatives au service des aliénés.

(...)

Partie III – Désencombrement des asiles

La plupart des asiles de province sont scandaleusement encombrés ; les malades y sont entassés ; par contre, les infirmiers et les gardiens sont en général mal rétribués et en nombre insuffisant, et bien que la récente loi sur le repos hebdomadaire, dont la stricte application n'est nulle part plus nécessaire que dans les asiles, leur ait accordé une satisfaction légitime, les conditions qui leur sont faites ne permettent pas d'assurer le recrutement d'un personnel compétent et stable. Le médecin surtout lorsqu'il cumule ses fonctions médicales avec celles si absorbantes, de directeur, plie sous le poids d'une charge trop lourde.

Vous avez le devoir, Monsieur le Préfet, d'appeler de façon pressante et avec une inlassable persévérance, l'attention du Conseil général sur cette situation réellement grave. Mais avant d'engager, de ce chef, des dépenses nouvelles, il convient d'abord, et d'urgence, de faire sortir des asiles tous ceux qui pourraient ou qui devraient n'y être pas maintenus.

1° ceux qui pourraient sortir, sont les aliénés non complètement guéris mais n'ayant plus besoin de soins spéciaux, et que le médecin en chef estime pouvoir être

placés, non seulement sans aucun danger mais encore utilement, auprès d'une famille de braves gens où ils trouveraient une surveillance suffisante en même temps que des conditions d'existence matérielle et morale moins pénibles. A ces placements judicieusement organisés et attentivement contrôlés, le département et les malades trouveront compte : ceux-ci seront mieux, et le département paiera souvent moins cher.

Il vous appartiendra de saisir le conseil général de cette question assurément délicate, dont il est indispensable de se préoccuper sans retard ;

2° Ceux qui devraient sortir sont de deux sortes : les aliénés guéris et relativement jeunes encore, que l'on se déclare prêt à libérer « si l'on savaient ce qu'ils deviendraient le lendemain », qu'on garde préventivement pour leur éviter le dépôt de mendicité, et dont le plus grand nombre acceptent d'ailleurs, sans se plaindre ; à ceux-là une assistance à domicile provisoire assurant le gîte et la nourriture, puis permettant et facilitant la recherche du travail, constituerait pour le département une dépense moins lourde, plus socialement utile et en même temps plus conforme à l'humanité.

Les médecins-chefs des asiles vous indiqueront sans peine les personnes de cette catégorie ; la recherche en sera plus difficile dans les asiles privés où il est vraisemblable que plus d'un de ces malades guéris est maintenu, sous prétexte de philanthropie, en réalité à cause des services domestiques qu'il rend à l'asile ou dans les dépendances ; vous ferez un efforts pour discerner sur ce point délicat toute la vérité.

D'autres qui devraient sortir et que prochainement il n'y aura plus aucun prétexte pour maintenir dans les asiles d'aliénés sont les vieillards, hommes ou femmes, dont l'activité intellectuelle est très affaiblie, qui ne sont point, à proprement parler, des aliénés, dont l'état ne réclame pas de soins médicaux particuliers, et dont la place est à l'hospice, au milieu de vieillards indigents et inoffensifs comme eux. Laisser ces malheureux dans un asile, souvent au milieu d'agités et sous un régime spécial serait manquer de respect à la vieillesse indigente, c'est-à-dire désertier l'un des devoirs les plus sacrés de l'humanité, et constituerait, en même temps, une violation certaine de l'esprit et de la lettre de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables.

Je vous invite à faire dresser, avec un soin particulier, la liste des vieillards rentrant dans cette dernière catégorie, afin de les faire bénéficier du droit nouveau qui leur est reconnu par la loi de 1905.

Vous m'accuserez réception de cette circulaire, et vous me ferez connaître, successivement, les mesures prises pour assurer l'exécution des prescriptions diverses qu'elle formule.

N'oubliez pas Monsieur le Préfet, que pour améliorer le sort des aliénés de votre département, vous pouvez et vous devez beaucoup.

Nul plus que ces malades spéciaux n'a besoin de protection : s'ils reçoivent des soins médicaux insuffisants, si leur crise psychique passagère et qui aurait pu souvent être guérie, se transforme, faute de soins appropriés, en une infirmité incurable, s'ils sont parfois maintenus en des conditions d'hygiène déplorables, s'ils sont victimes de violences, comment se plaindront-ils ?

Toute négligence commise dans un hôpital serait connue le lendemain du public ; il en va autrement des asiles dont les portes sont closes, où la vie et la critique du dehors ne pénètrent pas. Les récriminations des intéressés portent d'ailleurs, le plus souvent, la trace de leur psychose, sont mêlées d'extravagances ; il est difficile d'y discerner la vérité de l'erreur.

Ajoutons qu'en notre pays de France, patrie cependant de Pinel, trop de personnes dans le public et même trop de Conseils généraux ne sont pas haussés encore à la juste conception des devoirs d'assistance sociale envers les aliénés.

Il faut donc que sur ces faibles, inhabiles à se défendre eux-mêmes et auxquels vont si peu de sympathies, vous étendiez votre protection attentive et compatissante ; la loi morale vous en impose l'obligation et, parmi vos nombreuses tâches administratives, je vous marque celle-là comme une des plus essentielles.

Je compte que vous y travaillerez ; je vous saurai un gré particulier des efforts personnels que vous y aurez consacrés.

LE PRESIDENT DU CONSEIL, MINISTRE DE L'INTERIEUR.

G. CLEMENCEAU

6 - Profils de modalité

Sont rassemblés ici les « calculs des écarts à l'indépendance » ayant servi à la présentation de la typologie des carrières par l'analyse factorielle présentée à la figure 36.

Les profils de modalités affichent les écarts à l'indépendance significatifs (Khi2 et PEM) entre les modalités d'une référence et les modalités des autres variables sélectionnées. La lecture des attractions entre modalités se fait au regard de l'ensemble des variables.

Autour de la « du mode de sortie »

Modalité	Variable	Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test Khi2 local
AVGUER	Etat civil	Mariée	190	41	11,09	19 %	...
AVGUER	Profession codée	Sans profession	150	21	3,453	9 %	...
AVGUER	Durée en jours	1 jour à 3 mois	113	20	4,471	8 %	...
AVGUER	Durée en jours	de 4 à 8 mois	132	41	18,43	17 %	...
AVGUER	Placement V/O	Volontaire	200	63	29,02	28 %	...
AVGUER	Forme de maladie	Mélancolie	117	39	19,32	18 %	...
AVGUER	Forme de maladie	Etat confus, délire	56	17	7,192	16 %	...

GUERIE	Type d'Etab	Asile département	110	36	17,5	30 %	...
GUERIE	Etat civil	Mariée	98	17	3,641	15 %	...
GUERIE	Profession codée	Sans profession	92	22	7,066	18 %	...
GUERIE	Age à l'entrée	Moins de 33 ans	73	20	7,263	14 %	...
GUERIE	Durée en jours	1 jour à 3 mois	68	18	6,342	12 %	...
GUERIE	Durée en jours	de 4 à 8 mois	77	28	15,58	19 %	...
GUERIE	Placement V/O	Volontaire	88	14	2,585	11 %	..
GUERIE	Forme de maladie	Mélancolie	53	11	2,7	7 %	..
GUERIE	Forme de maladie	Maniaque	46	25	28,37	20 %	...
GUERIE	Forme de maladie	Etat confus, délire	33	12	6,527	9 %	...
GUERIE	Forme de maladie	Alcoolisme	13	7	6,814	18 %	...
GUERIE	Forme de maladie	Puerpéral	12	7	10,08	26 %	...
GUERIE	Autre internement	OUI	43	12	4,926	7 %	...

TRANSFERT	Type d'Etab	Asile Seine	267	108	72,62	69 %	...
TRANSFERT	Etat civil	Célibataire	147	27	6,181	14 %	...
TRANSFERT	Profession codée	Avec un métier	157	27	5,56	14 %	...
TRANSFERT	Age à l'entrée	Moins de 33 ans	101	15	2,733	7 %	..
TRANSFERT	Durée en jours	9 mois à 2 ans	102	24	7,176	10 %	...
TRANSFERT	Placement V/O	Office	226	30	4,446	25 %	...
TRANSFERT	Forme de maladie	Délire systématisé	43	16	8,842	17 %	...
TRANSFERT	Forme de maladie	Débile	24	8	4,38	16 %	..
TRANSFERT	Forme de maladie	Imbécillité	16	8	9,628	35 %	...
TRANSFERT	Autre internement	OUI	62	13	3,157	8 %	..

DCD	Type d'Etab	Asile département	247	74	32,11	26 %	...
DCD	Etat civil	Veuve	114	31	11,53	19 %	...
DCD	Age à l'entrée	54 ans et plus	165	58	31,84	28 %	...
DCD	Durée en jours	Moins de 3 mois	183	26	4,197	9 %	...
DCD	Durée en jours	Au delà de 2 ans	116	44	26,55	31 %	...
DCD	Placement V/O	Office	336	52	9,481	30 %	...
DCD	Forme de maladie	Paralysie générale	104	55	61,18	57 %	...
DCD	Forme de maladie	Sénile	90	47	52,34	57 %	...
DCD	Forme de maladie	Démence	26	12	11,41	47 %	...
DCD	Autre internement	OUI	416	31	2,569	44 %	...

Autour de la « durée de séjour »

Modalité	Variable	Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test Khi2 local
Moins de 3 mois	Etat civil	Mariée	207	16	1,274	6 %	•
Moins de 3 mois	Age à l'entrée	54 ans et plus	123	14	1,71	7 %	•
Moins de 3 mois	Mode de Sortie	DCD	183	26	4,197	9 %	•••
Moins de 3 mois	Forme de maladie	Sénile	54	11	2,605	13 %	••

4 à 8 mois	Profession codée	METIER	158	19	2,671	10 %	••
4 à 8 mois	Age à l'entrée	Moins de 33 ans	106	15	2,424	6 %	••
4 à 8 mois	Mode de Sortie	AVGUEUR	132	42	19,03	17 %	•••
4 à 8 mois	Mode de Sortie	GUERIE	77	28	16	19 %	•••
4 à 8 mois	Forme de maladie	Mélancolie	87	14	2,791	7 %	••
4 à 8 mois	Forme de maladie	Puerpéral	13	5	3,125	21 %	•

9 mois à 2 ans	Type d'Etab	Asile Seine	206	38	8,352	23 %	•••
9 mois à 2 ans	Etat civil	Veuve	72	11	2,102	6 %	•
9 mois à 2 ans	Profession codée	Ménagère	37	8	2,213	9 %	•
9 mois à 2 ans	Age à l'entrée	de 42 ans à moins de 54	100	16	3,103	7 %	••
9 mois à 2 ans	Mode de Sortie	TRANSFERT	102	24	7,176	10 %	•••
9 mois à 2 ans	Forme de maladie	Paralysie générale	50	14	5,512	13 %	•••
9 mois à 2 ans	Forme de maladie	Affaiblissement	12	6	4,795	28 %	••

Au delà de 2 ans	Type d'Etab	Asile département	107	27	8,779	20 %	•••
Au delà de 2 ans	Type d'Etab	Maison de santé	41	16	10,032	12 %	•••
Au delà de 2 ans	Age à l'entrée	54 ans et plus	77	18	5,7	12 %	•••
Au delà de 2 ans	Mode de Sortie	DCD	116	44	26,553	31 %	•••
Au delà de 2 ans	Forme de maladie	Délire systématisé	28	10	4,895	10 %	••
Au delà de 2 ans	Forme de maladie	Imbécillité	11	6	6,987	22 %	•••
Au delà de 2 ans	Forme de maladie	Démence précoce	15	10	18,821	38 %	•••

Autour de « l'âge à l'entrée »

Modalité	Variable	Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test Khi2 local
Moins de 33 ans	Etat civil	Célibataire	250	112	89,83	49 %	***
Moins de 33 ans	Profession	Sans profession	160	29	6,63	13 %	***
Moins de 33 ans	Durée de séjour	De 4 à 8 mois	106	15	2,42	6 %	**
Moins de 33 ans	Durée de séjour	5 ans et plus	48	13	4,99	14 %	***
Moins de 33 ans	Placement V/O	Volontaire	155	16	1,91	7 %	**
Moins de 33 ans	Mode de Sortie	TRANSFERT	101	15	2,73	7 %	**
Moins de 33 ans	Mode de Sortie	GUERIE	73	20	7,26	14 %	***
Moins de 33 ans	Forme de maladie	Débile	46	28	42,32	57 %	***
Moins de 33 ans	Forme de maladie	Epilepsie	17	8	6,49	31 %	***
Moins de 33 ans	Forme de maladie	Imbécillité	23	15	25,16	65 %	***
Moins de 33 ans	Forme de maladie	Puerpéral	18	9	9,92	40 %	***
Moins de 33 ans	Forme de maladie	Démence précoce	25	17	34,74	77 %	***
Moins de 33 ans	Forme de maladie	T-hystérie	12	7	7,91	45 %	***
de 33 à moins de 42	Etat civil	Mariée	158	27	5,69	15 %	***
de 33 à moins de 42	Profession	Ménagère	39	11	4,51	13 %	***
de 33 à moins de 42	Profession	Avec un métier	150	19	2,70	10 %	**
de 33 à moins de 42	Forme de maladie	Paralysie Générale	50	16	7,55	15 %	***
de 42 à moins de 54	Type d'Etablissement	Asile Seine	184	13	1,07	8 %	.
de 42 à moins de 54	Etat civil	Divorcée	13	6	5,60	31 %	***
de 42 à moins de 54	Etat civil	Mariée	181	42	12,73	21 %	***
de 42 à moins de 54	Profession	Ménagère	40	10	3,69	12 %	**
de 42 à moins de 54	Profession	Avec un métier	158	19	2,47	9 %	**
de 42 à moins de 54	Durée de séjour	De 9 mois à 2 ans	99	16	2,93	6 %	**
de 42 à moins de 54	Durée de séjour	De 2 à 4 ans	80	11	1,86	6 %	.
de 42 à moins de 54	Forme de maladie	Mélancolie	92	19	4,80	9 %	***
de 42 à moins de 54	Forme de maladie	Paralysie Générale	68	32	28,13	30 %	***
de 42 à moins de 54	Autre internement	Oui	67	14	3,65	9 %	**
54 ans et plus	Etat civil	Veuve	148	90	139,71	48 %	***
54 ans et plus	Profession	Sans profession	138	24	5,02	12 %	***
54 ans et plus	Durée de séjour	Moins de 3 mois	123	14	1,71	7 %	.
54 ans et plus	Durée de séjour	De 2 à 4 ans	80	15	3,65	7 %	**
54 ans et plus	Placement V/O	Office	211	14	1,03	12 %	.
54 ans et plus	Mode de Sortie	DCD	165	58	31,84	28 %	***
54 ans et plus	Forme de maladie	Sénile	121	92	284,27	97 %	***
54 ans et plus	Forme de maladie	Démence	30	20	44,18	67 %	***
54 ans et plus	Forme de maladie	Affaiblissement	12	6	5,48	29 %	**

Autour de l'état civil

Modalité	Variable	Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test Khi2 local
Célibataire	Age à l'entrée	Moins de 33 ans	255	108	79,96	50 %	...
Célibataire	Durée de séjour	5 ans et plus	71	20	7,44	26 %	...
Célibataire	Mode de sortie	Transfert	154	28	6,43	15 %	...
Célibataire	Forme de maladie	Etat confus, délire	72	14	3,17	16 %	..
Célibataire	Forme de maladie	Débile	56	29	31,84	73 %	...
Célibataire	Forme de maladie	Epilepsie	24	10	7,96	51 %	...
Célibataire	Forme de maladie	Imbécillité	31	18	25,9	95 %	...
Célibataire	Forme de maladie	Démence précoce	21	9	6,75	50 %	...
Célibataire	Forme de maladie	T-hystérie	18	10	12,51	83 %	...
Mariée	Age à l'entrée	de 33 ans à moins de 42	158	28	5,9	15 %	...
Mariée	Age à l'entrée	de 42 ans à moins de 54	181	42	12,44	21 %	...
Mariée	Placement V/O	Volontaire	241	29	4,03	10 %	...
Mariée	Mode de sortie	Guérie, améliorée	288	56	13,65	18 %	...
Mariée	Forme de maladie	Mélancolie	160	39	12,24	23 %	...
Mariée	Forme de maladie	Paralysie générale	74	14	3,11	16 %	..
Mariée	Forme de maladie	Puerpéral	25	12	10,04	62 %	...
Mariée	Autre internement	Oui	102	14	2,33	12 %	..
Veuve	Age à l'entrée	54 ans et plus	148	90	141,84	48 %	...
Veuve	Durée de séjour	de 2 à 4 ans	67	17	5,81	9 %	...
Veuve	Mode de sortie	Décédée	114	31	11,5	19 %	...
Veuve	Forme de maladie	Sénile	83	56	114,38	45 %	...
Veuve	Autre internement	Oui	222	16	1,32	43 %	...

7 – Feuille de bains

Cette feuille était « égarée » dans le dossier d'une patiente (Asile de Maison Blanche). D4X31058 - 146170

Bains de M ^{lle} [redacted]							
Dates	Durée	Dates	Durée	Dates	Durée	Dates	Durée
27 Février	4 hrs	30 " "	6 h.	26 Avril	3 h.		
1 ^{er} Mars	4 h.	31 " "	8 h.	27 " "	3 h.		
2 " "	6 h.	1 ^{er} Avril	8 h.	28 " "	8 h.		
3 " "	7 h.	2 " "	8 h.	29 " "	8 h.		
4 " "	7 h.	3 " "	8 h.	30 " "	8 h.		
5 " "	7 h.	4 " "	8 h.	1 ^{er} Mai	7 h.		
6 " "	7 h.	5 " "	8 h.	2 " "	8 h.		
7 " "	7 h.	6 " "	8 h.	3 " "	8 h.		
8 " "	8 h.	7 " "	8 h.	4 " "	8 h.		
9 " "	8 h.	8 " "	8 h.	5 " "	4 h.		
10 " "	8 h.	9 " "	8 h.	6 " "	4 h.		
11 " "	6 h.	10 " "	8 h.	7 " "	3 h.		
12 " "	8 h.	11 " "	8 h.	8 " "	3 h.		
13 " "	6 h.	12 " "	8 h.	9 " "	3 h.		
14 " "	10 h.	13 " "	7 h.				
15 " "	9 h.	14 " "	8 h.				
16 " "	7 h.	15 " "	8 h.				
17 " "	9 h.	16 " "	8 h.				
18 " "	7 h.	17 " "	8 h.				
19 " "	8 h.	18 " "	8 h.				
20 " "	8 h.	19 " "	6 h.				
21 " "	8 h.	20 " "	7 h.				
22 " "	8 h.	21 " "	8 h.				
23 " "	4 h.	22 " "	8 h.				
24 " "	8 h.	23 " "	8 h.				
25 " "	8 h.						
26 " "	8 h.						
27 " "	8 h.						
28 " "	8 h.						
29 " "	8 h.						
30 " "	8 h.						
31 " "	8 h.						
1 ^{er} Mars	8 h.						
2 nd Mars	8 h.						
3 rd Mars	8 h.						
4 th Mars	8 h.						
5 th Mars	8 h.						
6 th Mars	8 h.						
7 th Mars	8 h.						
8 th Mars	8 h.						
9 th Mars	8 h.						
10 th Mars	8 h.						
11 th Mars	8 h.						
12 th Mars	8 h.						
13 th Mars	8 h.						
14 th Mars	8 h.						
15 th Mars	8 h.						
16 th Mars	8 h.						
17 th Mars	8 h.						
18 th Mars	8 h.						
19 th Mars	8 h.						
20 th Mars	8 h.						
21 st Mars	8 h.						
22 nd Mars	8 h.						
23 rd Mars	8 h.						
24 th Mars	8 h.						
25 th Mars	8 h.						
26 th Mars	8 h.						
27 th Mars	8 h.						
28 th Mars	8 h.						
29 th Mars	8 h.						
30 th Mars	8 h.						
31 st Mars	8 h.						

8 - Imprimés utilisés par les asiles

1 - Asile de Maison-Blanche : Bulletin de sortie

2 - Asile de Ville-Evrard : Avis de transfert aux familles – province

« Par suite d'encombrement des asiles... »

3 - Asile de Maison-Blanche : Avis de transfert aux familles – Dun-sur-Auron

« Ne nécessite plus le séjour dans un asile fermé... »

4 – Préfet de Vaucluse : « Ordre de sortie d'un aliéné »

« N'est pas encore complètement guérie de l'affection... »

5 – Préfet de Vaucluse : « Ordre de sortie d'un aliéné »

« Est guérie de l'affection qui motiva sa séquestration... »

6 – Préfet de Vaucluse : «Sortie, à titre d'essai, d'un aliéné »

« N'est pas complètement guéri... et peut-être rendu , à titre d'essai, à sa famille qui consent à l recevoir ;

7 – Asile de Montdevergues, imprimé de surveillance

« je m'engage à soigner m....., à exercer sur une surveillance constante, et j'assume l'entière responsabilité de ses actes au dehors.

8 – Le registre des Lois, actuellement. Photo en 2016

2 - Asile de Ville-Evrard : Avis de transfert aux familles – province

« Par suite d'encombrement des asiles...

DIRECTION
DES
AFFAIRES DÉPARTEMENTALES
Service des Aliénés

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ — ÉGALITÉ — FRATERNITÉ

PRÉFECTURE DE LA SEINE

AVIS DE TRANSFERT
AUX FAMILLES

ASILE DE VILLE-ÉVRARD

Neuilly-sur-Marne, (Seine-et-Oise) le 15 mai 1911

M. ouïen

Par suite de l'encombrement des Asiles d'aliénés de la Seine, l'Administration est dans la nécessité de transférer un certain nombre de malades dans les Asiles de province.

Conformément aux instructions que je viens de recevoir de M. le Préfet de la Seine,

M. ouïen sera dirigé le 22 mai 1911 sur l'Asile de Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

En vous avisant de cette décision, je crois utile d'ajouter que vous pourrez avoir régulièrement des nouvelles de M. ouïen soit en vous adressant au Service des Aliénés, annexe Est de l'Hôtel de ville, 2, rue Lobau, soit en écrivant à la Direction de l'Asile de Neuilly-sur-Marne.

Recevez, M. ouïen, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur,

[Signature]

NOTA. — Pour les réclamations relatives aux transfèrements, s'adresser au Service des Aliénés, annexe Est de l'Hôtel de ville, 2, rue Lobau, à Paris.

Paris. Imp. administrative Centrale (Anc. Maisons Bouquet). (11-0) imp. 1379

3 - Asile de Maison-Blanche : Avis de transfert aux familles – Dun-sur-Auron

« Ne nécessite plus le séjour dans un asile fermé... »

**PARTI SANS
LAUSSEZ-JE**

MAISON-BLANCHE

AVIS DE TRANSFERT
AUX FAMILLES

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ-ÉGALITÉ-FRATERNITÉ 1903. N° 445.

Préfecture de la Seine

Maison-Blanche, le 20 mai 1909

M _____

Conformément aux instructions que j'ai reçues de Monsieur le
Préfet de la Seine, M me V. Schwan dont l'état
mental ne nécessite plus le séjour dans un asile fermé sera dirigé le
20 mai 1909 sur la Colonie familiale de Dun-sur-Auron
M me _____ sera placé chez
l'habitant, sous le contrôle et la surveillance du Médecin-Directeur de la
Colonie et jouira d'une liberté plus grande qu'à l'Asile où l'encombrement
ne permet pas en tout cas de le conserver.

En vous avisant de cette décision, je crois vous faire ajouter que vous pourrez
avoir des nouvelles de M _____
en écrivant au Directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron ;
d'autre part, chaque fois que vous désirerez aller voir le malade, vous
pourrez bénéficier du voyage à demi-tarif, tant à l'aller qu'au retour, en
demandant quelques jours à l'avance au Directeur de la Colonie un certificat
aux indications duquel vous n'aurez qu'à vous conformer.

Recevez, M _____, l'assurance de ma considération distinguée.

LE DIRECTEUR,
[Signature]

NOTA. — Pour les renseignements relatifs aux transferts, s'adresser au Service des Aliénés, Annexe Est
de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, à Paris

M me _____ 7 Rue du Poteau Fer. Paris

4 – Préfet de Vaucluse : « Ordre de sortie d'un aliéné »

« N'est pas encore complètement guérie de l'affection... »

PRÉFECTURE
DE VAUCLUSE

2^e DIVISION
—
2^e BUREAU

SERVICE DES ALIÉNÉS

ORDRE DE SORTIE D'UN ALIÉNÉ

NOUS, PRÉFET DU DÉPARTEMENT DE VAUCLUSE,

Vu les articles 14 et 16 de la loi du 30 juin 1838 ;

Vu la déclaration faite le 14 Août 1891 par M. le Médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Montdevergues et de laquelle il résulte que la nommée Magdelaine de la commune de Lucas, placée officieusement dans le dit établissement le 24 9^{bre} 1890, n'est pas encore complètement guérie de l'affection qui motiva sa séquestration, mais que, depuis quelque temps déjà, elle est calme et inoffensive et peut être rendue à sa famille qui la réclame,

ORDRE la sortie de l'asile de Montdevergues de la nommée Magdelaine Jélie qui sera remis à sa famille.

Avignon, le 14 Août 1891

V. Le Préfet de Vaucluse,
Le Secrétaire Général
Signé L. Legrand

Pour expédition :

Le Sous-secrétaire Général,
Le Contrôleur de Trésorerie,
prim

A Monsieur le Directeur de l'asile public d'aliénés de Montdevergues.

Avignon, imp. Seguin frères. 28 337.

5 – Préfet de Vaucluse : « Ordre de sortie d'un aliéné »

« Est guérie de l'affection qui motiva sa séquestration... »

PRÉFECTURE
DE VAUCLUSE
1^{re} Division - 2^e Bureau

Aliénés

ORDRE DE SORTIE

ASILE D'ALIÉNÉS
4 - AVR 1914
MONTDEVERGUES

A. 2624

*exit au mari
le 4 avril 1914*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ORDRE DE SORTIE D'UN ALIÉNÉ

Nous, PREFET de Vaucluse, ~~Chevalier de la Légion d'honneur~~,
vu l'article 13 de la loi du 30 juin 1838 ;
Vu la déclaration faite le 1^{er} avril 1914, par M. le Médecin
en chef de l'Asile public d'aliénés de Montdevergues, de laquelle il
résulte que ~~la~~ nommée Mari J. Bettey
d' Montdevergues, placée dans le dit établissement
le 7 décembre 1909 est guérie de l'affection qui motiva
sa séquestration :

ORDONNONS la sortie immédiate de l'Asile public d'aliénés de
Montdevergues ~~d. e. la~~ nommée Mari J. Bettey
Avignon, le 3 avril 1914.

Pour le Préfet de Vaucluse :
Le Secrétaire Général,
Signé : Gollard

Pour ampliation :
Le Conseiller de Préfecture,
[Signature]

Monsieur le Directeur de l'Asile public d'aliénés de Montdevergues.

6 – Préfet de Vaucluse : «Sortie, à titre d’essai, d’un aliéné »

« N’est pas complètement guéri... et peut-être rendu , à titre d’essai, à sa famille qui consent à l recevoir ;

PRÉFECTURE
DE VAUCLUSE

2^e DIVISION
—
2^e BUREAU

SERVICE DES ALIÉNÉS

ORDRE DE SORTIE D'UN ALIÉNÉ

NOUS, PRÉFET DU DÉPARTEMENT DE VAUCLUSE,

Vu les articles 14 et 16 de la loi du 30 juin 1838 ;

Vu la déclaration faite le 11 Août 1891 par M. le Médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Montdevergues et de laquelle il résulte que l'aliéné nommé Magdelaine de la commune de Lucas, placé officiellement dans le dit établissement le 24 juin 1890, n'est pas encore complètement guéri de l'affection qui motiva sa séquestration, mais que, depuis quelque temps déjà, il est calme et inoffensif et peut être rendu à sa famille qui le réclame,

ORDRE la sortie de l'asile de Montdevergues de la nommé Magdelaine qui sera remis à sa famille.

Avignon, le 11 Août 1891

Le Préfet de Vaucluse,
Le Secrétaire Général
Signé L. Lagarde

Pour expédition :

Le Secrétaire Général,
Le Conseiller de Préfecture,

Avignon, imp. Seguin frères 28 337.

A Monsieur le Directeur de l'asile public d'aliénés de Montdevergues.

7 – Asile de Montdevergues, imprimé de surveillance

« je m'engage à soigner m....., à exercer sur une surveillance constante, et j'assume l'entière responsabilité de ses actes au dehors.

ASILE DE MONTDEVERGUES

Je soussigné Joseph

déclare avoir reçu ce jour de l'Administration de l'Asile de Montdevergues, la personne de M^{lle} Eugénie

Je m'engage à soigner Ma filie

à exercer sur elle une surveillance constante, et j'assume l'entière responsabilité de ses actes au dehors.

Montdevergues, le 14 ^{7^{me}} 1902

gicard

8 – Le Registre des Lois actuellement. Année 2016



AUTORISATION DE DIFFUSION | du mémoire

Je soussigné(e) *Solange Lapeyrière*

autorise, sans limitation de temps, le centre de documentation de l'E.R.F.P.P. du G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse et le réseau documentaire Ascodocpsy

à diffuser le mémoire que j'ai présenté *en vue du Diplôme de l'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES (EHESS)*

(Titre) *Destins suspendus - Femmes internées dans les institutions asilaires au début du XXe siècle en France (1900-1914)*

Présenté le : *27 septembre 2017 à Paris*

en version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

☒ oui ☒ non

en version numérique - PDF sur le catalogue en ligne du centre de documentation et sur le catalogue en ligne du réseau documentaire Ascodocpsy : la Base Santé Psy

☒ oui ☒ non

1/2

Je soussigné(e), *Solange Lapeyrière* déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon mémoire par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps.

Avignon, le *01/12/2020*

Signature :

Paris le 4/12/2020

Solange Lapeyrière