



# L'expérience de Rosenhan

**Michel Minard**

DANS **SUD/NORD** 2009/1 n° 24 , PAGES 73 À 78  
ÉDITIONS **ÉRÈS**

**ISSN 1265-2067**

**ISBN 9782749232294**

**DOI 10.3917/sn.024.0073**

**Date de mise en ligne : 29/05/2012**

**Article disponible en ligne à l'adresse**

<https://shs.cairn.info/revue-sud-nord-2009-1-page-73?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour érès.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Michel Minard

---

## L'expérience de Rosenhan<sup>1</sup>

C'est au début des années 1970, en janvier 1973 précisément, que la prestigieuse revue *Science* publie l'article d'un psychologue américain diplômé de l'université Columbia, David L. Rosenhan, intitulé « On being sane in insane places<sup>2</sup> » (« Être sain d'esprit dans des lieux fous »).

David Rosenhan était à cette époque professeur de psychologie à l'école de droit de Stanford University, à Palo Alto (Californie). Il se posait alors une question simple, première phrase de son article : « Si la santé mentale (*sanity*) et l'aliénation mentale (*insanity*) existent, comment les reconnaître<sup>3</sup> ? » Il eut alors l'idée de mettre en place un groupe de huit faux malades mentaux : un jeune étudiant en psychologie âgé de 20 ans, trois psychologues, un pédiatre, un psychiatre, un peintre et une femme au foyer. Lui-même était un des trois psychologues. Ils devaient tous se

---

*Michel Minard, psychiatre, Castets (40).*

1. Les quatre articles suivants sont extraits d'un travail de recherche effectué par Michel Minard depuis plusieurs années, travail qui s'inscrit depuis deux ans dans le cadre du programme de recherche C2SM (construction des catégories en santé mentale). Ce programme, dirigé par Yannick Lung, professeur d'économie et président de l'université Montesquieu (Bordeaux) et François Gonon, neurobiologiste et directeur de recherche au CNRS (Bordeaux), permet à des chercheurs de disciplines diverses (économie, philosophie, neurobiologie, psychiatrie, sociologie, épidémiologie, etc.), universitaires ou non, de mener ensemble plusieurs opérations de recherche sur le sujet des diagnostics psychiatriques. Il est financé pendant trois ans par le conseil régional d'Aquitaine et s'effectue sous l'égide de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine.

2. David L. Rosenhan, « On being sane in insane places », *Science*, vol. 179, January 1973, p. 250-258, trad. par l'auteur.

3. *Ibid.*, p. 250.

faire hospitaliser en psychiatrie. Douze hôpitaux furent choisis, de sorte qu'ils représentent un échantillon très varié, « localisés dans cinq états différents des côtes Est et Ouest. Certains d'entre eux étaient vieux et miteux, d'autres étaient presque neufs. Certains étaient orientés vers la recherche, d'autres non. Certains avaient un bon ratio personnel-patients, d'autres étaient quasiment en sous-effectif. Un seul était un hôpital strictement privé. Tous les autres étaient financés par des fonds d'État ou des fonds fédéraux et, dans un cas, par des fonds universitaires<sup>4</sup> ». Chaque faux patient prenait rendez-vous et arrivait au bureau des admissions en se plaignant d'entendre des voix plus ou moins claires, mais qui disaient souvent *empty* (vide), *hollow* (creux) et *thud* (bruit sourd). Il présentait un faux état civil et racontait son histoire, banale et sans aucun élément pathologique sérieux, hormis les voix actuelles. Une fois admis dans le service psychiatrique, le faux patient cessait aussitôt de simuler quoi que ce soit et affirmait ne plus entendre ses voix. Dans certains cas, le faux patient a présenté une courte période de nervosité modérée, plus liée à la peur d'être identifié comme un imposteur qu'à la peur de l'hospitalisation elle-même. Chacun d'eux parlait aux autres patients et au personnel soignant et prenait des notes sans se cacher. Ils se montraient tous parfaitement normaux, obéissaient aux instructions du personnel, prenaient leurs médicaments (mais ne les avalaient pas !) et se montraient très coopérants. « Malgré cette démonstration de bonne santé mentale, ces faux patients ne furent jamais démasqués<sup>5</sup>. » Tous admis avec un diagnostic de schizophrénie, à l'exception de l'un d'eux qui fut étiqueté maniaco-dépressif dans l'établissement privé, ils sortirent tous avec un diagnostic de schizophrénie en rémission. Autrement dit, même normaux et ne présentant plus d'hallucinations, ils restaient tous schizophrènes. La durée des hospitalisations varia de 7 à 52 jours, avec une moyenne de 19 jours. Aucun professionnel ne remit en cause leur diagnostic. Pourtant, 35 patients sur 118 dirent à l'un des faux patients qu'il n'avait pas l'air d'être fou, mais qu'il était journaliste ou professeur, puisqu'il écrivait tout le temps, et donc qu'il était là pour enquêter. Pour Rosenhan, le fait que les psychiatres n'aient pas détecté leur bonne santé mentale était dû à un fort parti pris que les statisticiens nomment « erreur de type 2 » : les médecins sont plus enclins à déclarer qu'une personne en bonne santé est malade (faux positif de type 2) que le contraire (faux négatif de type 1). Prudence oblige : il vaut mieux diagnostiquer une maladie chez un bien portant, que de prendre le risque d'affirmer en bonne santé un malade. Mais en psychiatrie, diagnostiquer une schizophrénie chez quelqu'un qui n'a rien est très préjudiciable, du fait de la stigmatisation personnelle, sociale et possiblement légale de cette étiquette.

Rosenhan voulut alors vérifier s'il était possible que des malades soient, à l'inverse, diagnostiqués comme non malades. Il choisit pour ce faire un hôpital

---

4. *Ibid.*, p. 251.

5. *Ibid.*, p. 252.

universitaire où les psychiatres (chercheurs et enseignants), ayant entendu parler des premiers résultats de son enquête, doutaient fort qu'ils eussent pu se tromper ainsi de diagnostic. Il proposa au staff d'introduire des faux patients dans le service d'admission pendant trois mois. Chaque intervenant du service – infirmier, psychiatre, aide-soignant, psychologue – cocherait sur une échelle de 10 points la probabilité pour que chaque patient admis soit un faux patient. Sur 193 patients admis pendant cette période, 51 furent diagnostiqués faux patients par au moins un psychiatre, 33 furent considérés comme suspects par au moins un psychiatre, et 19 par un psychiatre et un autre membre du staff. En fait, Rosenhan n'avait fait entrer aucun faux patient. Il en déduisit que, dans ce cas, la tendance à diagnostiquer la santé plutôt que la maladie était liée à la hauteur des enjeux (prestige de l'établissement, prétention de perspicacité diagnostique de ses acteurs). Les 19 diagnostiqués suspects par deux professionnels lui posèrent plus de problèmes. Était-ce des personnes qui vraiment n'avaient rien ? Ou bien les professionnels, pour éviter de faire une erreur type 2, ont-ils eu tendance à faire plus d'erreurs de type 1 ? Rien ne lui permettait de le dire. « Par contre, une chose est certaine : un processus diagnostique qui conduit si facilement à des erreurs aussi massives ne peut pas être un processus très fiable<sup>6</sup>. »

Lorsqu'on rapporte ce travail de Rosenhan, on s'en tient souvent là, généralement pour appuyer la thèse selon laquelle les DSM sont sans intérêt. On pourrait pourtant y voir au contraire une incitation à établir des processus diagnostiques plus fiables, utilisant par exemple des critères diagnostiques du genre de ceux de Feighner qui, rappelons-le, sont contemporains de la recherche de Rosenhan.

Mais Rosenhan, lui, ne s'en tient pas là.

Il exploite en effet toutes les notes que chacun des faux patients avait prises pendant son hospitalisation. Il s'interroge sur le fait que, dans son expérience, des étiquettes psychiatriques qui ne « collaient » pas (au sens figuré) aient en fait si bien « collé » (au sens propre) aux faux patients que non seulement ils ne pouvaient pas s'en débarrasser mais « elles coloraient profondément toutes les impressions que [les personnels psychiatriques] avaient d'eux et de leurs comportements<sup>7</sup> ». Des étiquettes telles que « fou », « schizophrène », « maniaco-dépressif » et « insensé », une fois posées, vont influencer sur toutes les caractéristiques de l'étiqueté, ses comportements et son histoire, qui vont être interprétés de manière erronée à la lueur de ces diagnostics.

C'est ainsi qu'un des faux patients raconta simplement son histoire, une histoire parfaitement banale. Il avait eu une relation très proche avec sa mère pendant son enfance, plus distante avec son père. À l'adolescence et plus tard, ses relations avec son père étaient devenues très chaleureuses, tandis que les relations avec sa mère

6. *Ibid.*, p. 252.

7. *Ibid.*, p. 253.

s'étaient quelque peu altérées. Ses relations avec son épouse étaient excellentes. À part de très rares échanges un peu vifs, les frictions dans le couple étaient minimales. Ses propres enfants ont très rarement reçu une claque sur les fesses. Cela a été traduit ainsi dans le rapport de sortie : « Cet homme blanc de 39 ans manifeste une longue histoire de très grande ambivalence dans ses relations avec ses proches, qui a commencé dès la petite enfance. Une relation chaleureuse avec sa mère s'est refroidie à l'adolescence. Une relation distante avec son père est devenue au contraire très intense. On note une grande instabilité affective. Ses tentatives pour contrôler ses émotions avec sa femme et ses enfants sont ponctuées de colères explosives et, dans le cas des enfants, de fessées. Et, bien qu'il dise avoir de nombreux amis, on note là aussi une ambivalence considérable<sup>8</sup>. » C'est bien le fait d'avoir porté un diagnostic de schizophrénie qui a introduit une déformation de l'histoire racontée par le patient, pour la rendre plus conforme avec les théories de la schizophrénie en vogue à cette époque. L'utilisation de certaines formules, telles que « ambivalence » ou « instabilité affective », a été déterminée par le diagnostic porté à l'admission.

De la même manière, les soignants n'ont jamais interrogé les patients sur le fait qu'ils prenaient beaucoup de notes au vu et au su de tout le monde. Quelques malades leur ont posé des questions, et, comme on l'a vu, en ont déduit qu'ils n'avaient rien et étaient là pour enquêter. Mais par contre, les mêmes soignants, dans leurs rapports, ont souvent décrit la prise de notes des faux patients comme une manifestation comportementale pathologique de leur affection.

Rosenhan estime aussi qu'une des caractéristiques tacites du diagnostic psychiatrique est de localiser les sources du comportement aberrant dans l'individu, rarement dans les stimulations positives ou négatives en provenance de l'environnement. « C'est ainsi qu'une gentille infirmière trouve un faux patient en train de faire les cent pas dans les couloirs de l'hôpital et lui demande : "Nerveux, M. X ?" Il lui répond : "Non, je m'ennuie"<sup>9</sup>. » Dans leurs notes, les faux patients relèvent souvent qu'un patient devient fou furieux parce que, sciemment ou pas, il a été maltraité par un garçon de salle. Les staffs reconnaissent parfois l'influence de la famille ou des autres patients dans ces déchaînements de violence, mais jamais le rôle de l'un de leurs membres. Et Rosenhan rappelle au passage une évidence : les « sensés » ne sont pas sensés tout le temps, pas plus que les « insensés » ne sont insensés tout le temps.

Comme Goffman, Rosenhan et ses faux patients pointent du doigt les dysfonctionnements des hôpitaux, à commencer par le peu de temps passé par les personnels avec les patients : de 3 % au pire à 52 % au mieux, avec une moyenne de 11,3 % de leur temps de travail. La plupart du temps, ils se tiennent dans leur local vitré que les faux patients ont vite baptisé « la cage ». Et les psychiatres sont bien sûr ceux que les

8. *Ibid.*, p. 253.

9. *Ibid.*, p. 253.

patients voient le moins souvent, et très peu de temps pendant leur séjour. Les faux patients auront eu une moyenne inférieure à 7 minutes d'entretien quotidien avec des médecins, psychiatres, internes et psychologues, toutes catégories confondues !

La dépersonnalisation des patients, leur impuissance et leur invisibilité aux yeux des soignants suivent de très près leur stigmatisation diagnostique. Les faux patients se sont partout étonnés de ne jamais avoir été soupçonnés de jeter leurs comprimés dans les cuvettes des toilettes, alors qu'ils le faisaient ouvertement. Et ils ont vite compris que les vrais patients étaient aussi invisibles qu'eux, au vu du nombre de comprimés qu'ils découvraient dans lesdites toilettes, avant de s'y débarrasser des leurs. Rosenham estime que les attitudes de la population vis-à-vis des malades mentaux (peur, hostilité, dégoût, attitude distante, suspicion et appréhension) affectent aussi les professionnels, hélas à leur insu.

Outre le peu d'échanges de regards et de paroles avec les patients, les professionnels peuvent aussi les maltraiter. Rosenhan a assisté à une scène de ce genre. Un patient dit à un garçon de salle : « Je vous aime bien ! » En réponse, le garçon de salle le bat devant les autres patients. Un autre faux patient assiste régulièrement à la manière particulière qu'employait un garçon de salle pour réveiller les malades : « Allez, debout, *motherfuckers*<sup>10</sup> ! » Rosenhan rappelle qu'Ervin Goffman appelle « mortification » le processus d'adaptation à ces institutions totales, processus qui inclut la dépersonnalisation. La mortification peut être entendue dans tous les sens du mot : humiliation, privation de type pénitentiel et décomposition organique.

Cette dépersonnalisation des patients, Rosenhan l'attribue à plusieurs facteurs, à commencer par l'attitude ambivalente des personnels. Mais il invoque aussi la structure hiérarchique de l'hôpital psychiatrique et ses difficultés financières. Et il estime que la croyance dans la toute-puissance des médicaments psychotropes ne rend plus nécessaires les entretiens avec les patients, sans que cela soit obligatoirement formulé ainsi. Enfin, l'étiquetage diagnostique lui paraît concourir à ce processus mortifère, faisant des malades mentaux les nouveaux lépreux.

En conclusion, Rosenhan répond à sa question initiale : « Il est clair que nous ne pouvons pas faire la distinction entre "sensé" (*sane*) et "insensé" (*insane*) dans les hôpitaux psychiatriques<sup>11</sup> » et que l'ensemble des phénomènes induits chez les patients par cet environnement est contre-thérapeutique. Il pense pouvoir pourtant percevoir des possibilités de changement liées au développement des services communautaires de santé mentale, des centres d'intervention de crise, des thérapies comportementales et du Mouvement du potentiel humain (Human Potential Movement, mouvement né dans les années 1960, apparenté au New Age – bien que beaucoup de ses partisans s'en défendent –, fondé sur l'affirmation qu'il est possible de développer

10. Enfoiré, enculé, salope (Dictionnaires *Le Robert* et *Collins*).

11. *Ibid.*, p. 257.

toutes les potentialités humaines, même les plus insoupçonnées). Il apprécie, dans ces différentes composantes d'un possible progrès, le fait qu'elles évitent les diagnostics psychiatriques pour se centrer sur les problèmes et les comportements spécifiques de chaque individu, et qu'elles proposent un environnement non délétère au contraire des hôpitaux psychiatriques. Le second élément qui porte Rosenhan à espérer est lié à la bonne réception de son expérience, y compris par les personnels des 22 hôpitaux testés, dont il est persuadé qu'ils ne sont pas naturellement mauvais, mais que c'est bien l'environnement hospitalier qui les rend médiocres. « Dans un environnement bienveillant, dans lequel on serait moins attaché à établir des diagnostics universels, les comportements et les jugements [de ces professionnels] pourraient être beaucoup plus bienveillants et beaucoup plus efficaces<sup>12</sup>. »

L'expérience de Rosenhan se situe à la croisée des chemins : venant du passé, le chemin séculaire des State Hospitals et autres hôpitaux psychiatriques, faiseurs de diagnostics induisant stigmatisation et mortification, si décriés depuis Clifford Beers ; dans le présent, le chemin des mouvements dynamiques qui se passent de diagnostics, mais s'intéressent aux problèmes humains et aux traitements des comportements plutôt que des maladies ; et puis les voies d'avenir qui, selon Rosenhan, sont pavées de bonnes intentions et de développement harmonieux des potentialités humaines, desservies par des professionnels bienveillants et efficaces, ayant eux-mêmes développé au mieux leurs propres potentialités.

C'était sans compter sur le besoin des psychiatres américains d'être reconnus comme des médecins et des scientifiques à part entière, aiguillonnés par les critiques acerbes de l'antipsychiatrie. Cette reconnaissance ne pouvait passer que par la fabrication d'outils scientifiques de nomination des maladies et d'évaluation scientifique de leurs traitements. Comme on le sait, cette fabrication était déjà en marche.

Il est clair que nous ne pouvons pas distinguer le fou du non-fou dans des hôpitaux psychiatriques. L'hôpital lui-même impose un environnement spécial dans lequel les significations des comportements peuvent être comprises de travers. Les conséquences pour les patients hospitalisés dans un tel environnement – impuissance, dépersonnalisation, ségrégation, mortification et étiquetage diagnostique – semblent indubitablement contre-thérapeutiques.

David L. Rosenhan

« On being sane in insane places », *Sciences*, 1972

12. *Ibid.*, p. 257.