

Le lait est déconseillé pour la prophylaxie et la thérapie d'empoisonnements professionnels, surtout de l'exposition au plomb et du saturnisme: des empoisonnements n'ont été ni évités ni influencés favorablement, ils ont même été favorisés.

Literaturverzeichnis

Baader: Ärztl. Dienst D. B. 14, 39 u. 162 (1953). – *Bukup*: Schriften der Ges. Deutschen Metallhütten und Bergleute 3, 48 (1952). – *Christensen E. H.*: Arbeitsphysiol. 5, 463 (1932). – *Christensen E. H.*: Sportmed. Schriftenreihe Wander, Heft 6, Dr. A. Wander AG Bern (1958). – *Christensen E. H.* und *Hansen O.*: Skand. Arch. Physiol. 81, 137 (1939). – *Dhers V.*: Arch. malad. profess. 12, 4 (1951). – *Genot R.*: Ref. Arbeitsschutz 1949, 28. – *Hirsch S.*: Cardiologica 20, 27 (1952). – *Holstein E.*: Grundriß der Arbeitsmedizin, Leipzig (1954). – *Kehoe et al.*: Bleiaufnahme u. Bleiausscheidung, Berlin (1939). – *Koelsch F.*: Lehrbuch der Arbeitshygiene, Stuttgart (1953). – *Kofranyi E.*: Die richtige Ernährung, die Grundlage der Leistungsfähigkeit. Frankfurt a. M., Umschau-Verlag (1953). – *Kraut H.* und *Müller E. A.*, Biochem. Z. 220, 302 (1950). – *Lehmann G.* und *Michaelis H. F.*: Biochem. Z. 319, 247 (1948). – *Nöcker J.*: Dtsch. Z. Verdauungskr. 14, 59, 145 (1945). – *Nöcker J.*: Verh. dtsh. Ges. inn. Med. 53, 463 (1952); 59, 560 (1953). – *Nöcker J.*: Therap. u. Praxis d. Körperkultur 1952, 38. – *Roche L.*: Arch. malad. profess. 12, 4, 58 (1951). – *Schenk P.*: Ernährung 2, 1 (1937). – *Schönholzer G.*: Schweiz. Z. Sportmed. 4, 6 (1956). – *Schönholzer G.*: Ergebn. inn. Med. 62, 794 (1942). – *Schönholzer G.*: Schweiz. med. Wschr. 74, 34 (1944). – *Schönholzer G.*: Helv. med. Acta 6, 692 (1939). – *Seuffarth*: Diss. med. Leipzig (1944). – *Tanon*: Bull. Acad. Méd. 1926, 432. – *Weyrauch et al.*: zit. *Baader*. – *Wittgens H.* und *Niederstadt D.*: Zbl. Arbeitsmed. 4, 185 (1954).

Santé mentale et hôpital psychiatrique

Par *A. Repond*, Monthey VS¹

I.

On me permettra de rappeler, en guise d'introduction, que je suis né, il y aura bientôt 75 ans, dans un asile d'aliénés dont mon père était le médecin-directeur. J'y ai vécu toute mon enfance et, à part mes années d'études – pendant lesquelles je revenais, d'ailleurs, pour les vacances, dans le nouvel établissement de Malévoz que mon père avait créé – j'ai passé toute mon existence dans des hôpitaux psychiatriques. Après 5 à 6 ans comme médecin-assistant et adjoint, il y aura bientôt 45 ans que je suis un médecin-directeur. Si les maladies mentales «ça s'attrape», comme le soutenait un savant illustre, prix Nobel de physique, à son neveu qui voulait devenir psychiatre, il faut admettre que la période d'incubation est assez lente. Cela n'empêche pas que j'ai entendu répéter des milliers de fois, comme vous tous d'ailleurs probablement, par des visiteurs de mon établissement et plus encore par d'autres personnes qui n'avaient jamais mis les pieds dans un asile d'aliénés, ces paroles décisives et convaincues: «Je deviendrais fou si je devais y vivre.» Nous autres psychiatres répondons à ces idioties par un haussement d'épaules, ce qui n'est guère persuasif. Mais soyons juste: au cours des dernières années et depuis que j'ai pu transformer mon Malévoz et l'aménager en presque hôtel de luxe, je vois de plus en plus souvent mes visiteurs déclarer qu'ils aimeraient à y vivre et même, par plaisanterie, choisir leur chambre à tout hasard. Néanmoins, si ces mêmes visiteurs aperçoivent quelques malades qui dorment paisiblement en cure, qui tra-

¹ Auteur: Dr A. Repond, Monthey, Valais.

vailent dans un atelier ou se prélassent dans un fauteuil, ils leur découvrent un visage étrange, un regard vide, inquiétant ou menaçant, et toute l'angoisse latente réapparaît. J'ai même vu bien des visiteurs, notamment un homme politique qui fut pendant 17 ans membre de ma Commission de surveillance, se sentir obligés de sortir, car ils étaient sur le point de défaillir. Nous disons volontiers que ces gens font des identifications ou des projections inconscientes, ou peut-être perçoivent-ils des choses que nous autres, psychiatres endurcis, ne voyons plus. J'ai visité des établissements psychiatriques dans de nombreux pays et, dans quelques-uns, j'ai vu des choses affreuses; mais les psychiatres du lieu, interrogés, me disaient y être habitués et n'y faire plus attention.

La maladie mentale et, par contagion psychique, les lieux où on la recueille, se trouvent au carrefour des préjugés les plus profonds de la nature humaine, car ils reposent sur la pensée magique. L'aliéné, c'est-à-dire celui qui ne se possède plus, appartient à des puissances occultes, qui sont le plus souvent diaboliques, mais aussi parfois divines. Le christianisme occidental les a toujours considérées comme diaboliques, d'où la sauvagerie de nos sociétés européennes à l'égard des aliénés. Pendant des siècles, ils furent maltraités, enfermés dans les tours de sorcières, torturés et, enfin, brûlés par centaines de mille sur les bûchers. L'Orient, qu'il soit chrétien ou musulman, semble avoir cru que les possessions étaient plutôt d'essence divine, tout au moins dues à des esprits pas nécessairement malveillants et dangereux, quoique redoutables. Ni l'islam, ni les christianismes orientaux, n'ont connu les procès de sorcellerie, et la première institution européenne pour malades mentaux a été fondée à Valence par les Arabes au XII^e siècle. L'asile du Caire, bien antérieur, était, d'après les dires des voyageurs de l'époque, fort humain. J'ai été témoin, au Maroc, du respect dont était entouré un de mes malades, un catatonique avec quelques maniérismes. Les indigènes qui l'approchaient lui baisaient l'épaule et lui permettaient toute liberté d'action. Il finit par en abuser, pénétrant dans les tentes des femmes à toute heure du jour et de la nuit, et il fallut l'interner à nouveau, bien que la population indigène prit fait et cause pour lui. Par ailleurs, on n'était pas tendre pour les aliénés violents et antisociaux: j'en ai vu enfermés et lourdement enchaînés dans une cour à Marrakech. J'ai vu, par contre, dans les oasis du Sud Saharien, les attentions discrètes et bienveillantes dont étaient l'objet, surtout de la part des enfants, les vieillards aveugles ou des individus manifestement psychotiques. De même à Bakou, dans le Caucase, un catatonique était souvent assis, fixant le soleil, au milieu d'une rue très passante, en face de la maison où j'habitais. Il y demeurait des journées entières et personne ne lui disait rien, pas même le gendarme de faction: la circulation, pas encore motorisée, se faisait autour de lui, les caravanes de chameaux l'évitaient. — Tout cela aura probablement changé aujourd'hui, sauf l'attitude compréhensive et bienveillante.

La pensée magique par rapport aux malades mentaux est, d'ailleurs, loin d'avoir disparu chez nous. Au début de mon activité, beaucoup de malades, sur le chemin de mon établissement, s'arrêtaient à St-Maurice pour y être exorcisés au couvent des Capucins, dont on vantait l'efficacité à chasser les

mauvais esprits. Mais il n'y avait pas que les Valaisans catholiques à être soumis à ces exorcismes, car bien des Vaudois protestants, des districts proches, y conduisaient aussi leurs malades. J'ai appris tout récemment, car ce ne sont pas des choses qu'on raconte au directeur, que l'une ou l'autre de mes sœurs-infirmières diplômées tentait d'avoir recours aux conjurations d'un exorciste pour assagir certaines malades difficiles. A notre époque atomique et de conquête des astres, la pensée magique est presque aussi commune qu'autrefois, et les quelque 60 000 diseuses de bonne aventure, psalmistes, cartomanciennes, plus ou moins tireuses d'horoscopes, etc. . . . inscrites auprès de la Préfecture de Police de Paris – sans parler des milliers d'autres qui exercent en cachette leur louable profession – donnent fréquemment des consultations aux angoissés, aux déprimés, à certains psychotiques. Un de mes malades, membre d'un des plus hauts corps constitués, est un de leurs clients les plus assidus. Une grande partie des journaux suisses publie l'horoscope de chaque semaine, et mon coiffeur me racontait l'autre jour que beaucoup d'hommes ne vont chez lui que le jour du Bélier, où à la rigueur, celui du Lion, car ils sont propices à la pousse des cheveux.

L'épaisseur des préjugés et l'intensité de la pensée magique par rapport aux malades mentaux et leurs lieux d'hospitalisation, ont été étudiés dans une thèse récente du Dr *F.-K. Hofmann*, sous le titre « Que pense le peuple zurichois de sa clinique psychiatrique du Burghölzli? ». – L'agressivité inconsciente contre les psychiatres et leurs malades se traduit aussi par les nombreuses « histoires de fous », qui forment un véritable folklore. Avec quelque complaisance, je me vantais que nos Valaisans ne cultivaient pas ce genre de plaisanteries et étaient, en cela, tout au moins, supérieurs aux Zurichois, prétendument le canton le plus évolué de Suisse. Et ceci jusqu'au jour où l'on me confia discrètement qu'un cafetier s'était taillé une nombreuse et fidèle clientèle en lui racontant précisément des « histoires de fous » dont, avec mes malades, j'étais le héros plus ou moins ridicule. L'une de ces histoires arriva même, je ne sais par quelle voie, jusqu'au « Figaro » de Paris, et une autre à un quotidien de Londres. Douteuse notoriété!

II.

Tous ces indices de préjugés, de pensée magique et d'agressivité, sans parler des histoires terrifiantes de mauvais traitements, de séquestration arbitraire, de médecins « plus fous que leurs malades », pèsent encore assez lourdement sur nos hôpitaux psychiatriques. Il ne faut pas oublier qu'une grande partie de nos malades partagent ces préjugés lorsqu'ils arrivent pour être confiés à nos soins. Ils sont donc, dès l'abord, chargés d'une certaine méfiance, ainsi d'ailleurs que leur famille. D'où l'attention qu'il faut apporter à la psychologie de l'admission

des malades, à la manière de recevoir et de traiter leurs parents¹. Des solutions diverses ont été proposées et appliquées pour faciliter la prise de contact entre le malade, sa famille et l'établissement. En France, *Sivadon* et d'autres emploient des assistantes sociales, des hôtessees qui, par leur charme et leur tact, mettent les gens à l'aise. Aux États-Unis, ce sont parfois des malades eux-mêmes qui se chargent des nouveaux arrivés pour dissiper leur angoisse. On a imprimé des brochures avec une petite dédicace personnelle, qui sont remises à chacun lors de l'admission. Les conditions de vie, les règlements, les traitements, les relations humaines dans la clinique, sont exposés. *Hoff*, à Vienne, exige que le médecin demeure avec le malade dans la salle d'admission jusqu'à ce que son angoisse, son agitation soient calmées, avant de le conduire dans la division où il sera traité. Bref, on reconnaît de plus en plus l'importance psychologique de la première prise de contact avec l'hôpital. Dans notre pavillon de nerveux, nous laissons le malade choisir sa chambre. Naturellement, les fleurs ne doivent pas y manquer, de même qu'une assiette de fruits. Pour les malades mentaux, nous avons beaucoup augmenté le nombre des chambres particulières, qui sont très coquettes, accueillantes et confortables. Dans nos nouvelles constructions et nos modernisations, nous avons supprimé tout caractère asilaire, carcéral. Elles pourraient être transformées en hôtel du jour au lendemain, si besoin en était. Et il est frappant de voir les réactions d'anciens malades, qui retrouvent entièrement transformés les pavillons où ils avaient été soignés autrefois.

J'ai envoyé à tous les médecins-directeurs des hôpitaux psychiatriques publics de Suisse un questionnaire où je leur demandais de me faire part de leurs opinions et de leurs suggestions sur les problèmes psychiatriques qui nous préoccupent tous aujourd'hui. En particulier: s'agit-il pour les hôpitaux psychiatriques d'une crise d'existence ou de simple développement? – Douze d'entre eux ont bien voulu prendre la peine de me répondre, de façon plus ou moins détaillée, et aucun ne pense que l'existence des hôpitaux psychiatriques ne pourrait être remise en question. On sait que dans certains pays, notamment en Grande-Bretagne, quelques psychiatres – à mon avis exagérément optimistes – pensent que les hôpitaux psychiatriques ont fait leur temps, que tous les malades mentaux pourraient et devraient être soignés en demeurant dans la communauté, où des services policliniques, fixes et itinérants, prendraient soin d'eux; où ces malades, dans des cas exceptionnels, pourraient être recueillis, pour peu de temps, dans les quelques lits adjoints à ces policliniques, éventuellement dans des unités psychiatriques faisant partie des hôpitaux généraux. Un médecin anglais pense que seule une minime fraction des malades mentaux,

¹J'ai déjà parlé de ces questions dans un article intitulé «Hygiène Mentale et Hôpital Psychiatrique», paru en 1926 dans une revue française disparue depuis (Hygiène Mentale ou Informateur des Aliénistes et Neurologistes, Delarue Editeur). Bien des idées que j'y énonçais et qui n'avaient guère trouvé créance, ont été redécouvertes depuis.

c'est-à-dire 1 %, devrait être considérée comme irrécupérable. Mais il faut dire que l'on ne compte, en qualité de malades, que les psychoses dites fonctionnelles, et que l'on en exclut les déficiences mentales graves, les états démentiels dus à des encéphalopathies, et probablement bien d'autres encore. Néanmoins, il semble que certaines organisations nouvelles, telles qu'il en existe quelques-unes en Grande-Bretagne, qu'elles soient entièrement indépendantes ou plus ou moins rattachées à un hôpital psychiatrique comme celle de Bromley dans un faubourg de Londres, obtiennent des résultats remarquables. Dans cette dernière institution, on fait appel largement à la population, dont bien des membres consacrent une partie de leur journée, à titre volontaire, à vivre avec les malades, à travailler avec eux dans des ateliers spécialisés. Chose intéressante, les aides bénévoles et les malades sont placés sur le même pied, et nul ne sait s'il s'agit de personnes saines d'esprit, de malades ou d'anciens malades. On arrive ainsi, dit-on, à supprimer la barrière psychologique et sociale entre ceux qui pourraient se targuer d'être sains d'esprit et les autres. L'entraide mutuelle est devenue, paraît-il, constante et l'accent est mis avant tout sur le travail très différencié et changeant souvent auquel tous doivent collaborer. Il y a, naturellement, des consultations psychiatriques, trois assistantes sociales, une infirmière, un psychologue. Mais tous ces services ne sont pas à plein temps. Les malades sont logés dans leurs familles propres, ou dans des familles étrangères. — Dans une autre institution, plus hospitalière celle-là, ce sont les malades eux-mêmes qui l'administrent, qui nomment leurs comités de gestion, etc. Il n'y a ni médecins résidents, ni personnel infirmier. Toute la communauté de la petite ville semble fortement intéressée à cette aventure et y participe avec bien des aides bénévoles.

La tendance philosophique, pourrait-on dire, de ces innovations est de prévenir la désocialisation du malade mental confiné dans un hôpital, de lui fournir un milieu adéquat à ses possibilités de plus ou moins totale réintégration dans la communauté. Il y a eu des précurseurs à ces mouvements nouveaux, par exemple la colonie de Gheel, en Belgique, où les malades, attirés par les miracles prêtés à Sainte Dymphne et à Saint Céréberne, logeaient chez l'habitant, d'où ils allaient assister aux cérémonies propitiatoires célébrées dans la splendide église. Celle-ci était munie de cellules dans les nefs latérales. Elle a malheureusement été en grande partie détruite au cours de la deuxième guerre mondiale. On trouve de pareilles colonies en France et, encore à l'état d'ébauches, en Grèce. Au Soudan, le Dr *Tigani*, actuel chef du service de la santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le Proche- et le Moyen-Orient, a créé également des institutions dans des villages, où arrivent et séjournent les malades mentaux, généralement accompagnés de leur famille. Il utilise très adroitement, pour tenir compte de la pensée magique commune à ces populations primitives, les services de prêtres musulmans, et aussi de sorciers, de « médecine men », dont l'action psychologique entraînée, la confiance en leurs pouvoirs

magiques, les remèdes et les incantations font, semble-t-il, merveille au point de vue thérapeutique et réadaptatif.

Ces exemples montrent que les soins aux malades mentaux ont toujours tenté de trouver une solution adéquate aux conditions sociales, économiques, géographiques des peuples les plus divers. Bien entendu, les conceptions religieuses, les magies primitives, les exigences sociales, les préjugés populaires ont joué, et jouent encore, un grand rôle dans l'application de ces soins. Les conditions occidentales, partant de la séquestration des aliénés dans les prisons, les tours de sorciers, les asiles carcéraux, les moyens de contention; passant des chaînes aux camisoles de force, aux ceintures de coercition, aux gants, aux poires d'angoisse, aux masques, aux enveloppements restrictifs; passant aussi des «in pace» sans air ni lumière aux cellules, ont conduit peu à peu à l'hospitalisation actuelle. Celle-ci porte encore bien des traces et utilise même encore des méthodes provenant de ce long passé carcéral, restrictif et punitif. Il faut bien reconnaître que les médecins et le personnel infirmier disposent encore d'un pouvoir discrétionnaire sur les internés. Ils ont le droit et la possibilité d'utiliser à leur égard toutes les mesures disciplinaires et restrictives, et parfois punitives, qu'ils jugent nécessaires, utiles, ou même simplement plus commodes: isolement cellulaire, baignoires avec couvercle, restrictions chimiques, apomorphine, privation de confort, de lits, sans parler de la plus ou moins complète privation de liberté. Tout cela dépend exclusivement de leur conscience humaine et professionnelle. Et il n'y a guère de risques que l'opinion publique s'insurge contre ces traitements: elle s'attend à ce qu'on les emploie dans les asiles, et elle est certaine qu'on le fait. Il n'est même pas rare que certaines autorités le demandent quand il s'agit de malades impopulaires, délinquants et, surtout dissociés. Combien de fois n'ai-je pas entendu des représentants des autorités communales ou autres se plaindre du trop grand confort accordé aux malades, des frais de médicaments, de la trop grande liberté dont ils jouissent, des vêtements plus coûteux que ceux dont la population se sert elle-même dans son travail, etc. Tout cela fait partie du manque de respect général à l'égard du malade mental, l'ancien possédé des esprits du mal, l'être dangereux par définition, qui ne travaille pas, qui coûte très cher à la collectivité, qui est non seulement un inutile, mais un individu nuisible.

Il résulte de cet état d'esprit des conséquences psychologiques très fâcheuses pour nos malades et, en premier lieu, une série de sentiments de dévalorisation. On sait que la plupart des futurs malades mentaux, c'est-à-dire les schizophrènes, les cyclothymes, les toxicomanes, etc., sont affligés, dès leur puberté au plus tard, de sentiments d'infériorité et de culpabilité. Cela ne les empêche pas, bien au contraire, de partager généralement tous les préjugés de leur milieu au sujet des troubles psychotiques et des hôpitaux psychiatriques. Quand ils tombent malade eux-mêmes, une seconde dévalorisation personnelle les atteint. Quelles que soient les compensations délirantes avec lesquelles ils

tentent de se faire illusion, ils n'en souffrent pas moins d'être dévalorisés aux yeux de leur famille, de leur milieu de travail. Et, enfin, on les enferme dans la promiscuité asilaire, dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle n'est pas souvent un milieu particulièrement plaisant. Il est évident que ces dévalorisations successives, et qui s'additionnent, ne constituent pas des éléments bien favorables. On nous reproche souvent, à nous autres psychiatres, d'être un peu blindés contre ces sentiments des malades, de les trouver inadéquats et, en tout cas, exagérés. J'en ai même fait récemment de l'indignation morale, en les entendant après avoir modernisé et rendu mes divisions aussi confortables que les salons d'un hôtel. Mais j'étais tout aussi indigné quand on critiquait, autrefois, mes salles de séjour munies de lourdes tables de chêne et de bancs fixés au mur. Il m'a fallu, sur mes vieux jours, toute une rééducation pour transformer mon établissement, me soumettre aux conseils de ma décoratrice, supprimer les serrures automatiques, les portes à triangle, etc. Et je découvre encore quotidiennement des erreurs faites parce que, dans mon for intérieur, je n'ai pas assez accordé de confiance à mes malades. Je me souviens d'avoir entendu nos Maîtres – et je les entends encore – prétendre que le milieu asilaire, si inhospitalier, si repoussant même parfois, si dénué de confort, d'intimité, si coupé de contact avec le monde extérieur, constituait en lui-même le milieu thérapeutique par excellence convenant aux malades mentaux. Il fallait que nous fussions bien aveugles pour le croire! Et que dire de l'architecture de la plupart de nos hôpitaux psychiatriques? Chacun sait que, en Suisse, ils ont été construits sur le modèle des anciennes abbayes bénédictines, qui furent adaptées, beaucoup plus mal que bien, aux besoins des malades, ou plutôt à ceux de la société, qui voulait, au meilleur compte, se débarrasser d'eux.

Nous sommes habitués à tout cela, ce qui nous a longtemps empêché de voir les conséquences de l'hospitalisme psychiatrique. Exemple: les phénomènes catatoniformes que nous avons, jusqu'à il y a peu d'années, considérés comme étant des symptômes inhérents aux schizophrénies et inévitables: négativisme, stéréotypies, maniérismes, *flexibilitas cerea*, oreiller psychique, gâtisme, refus de nourriture, crises de violence, etc. Comme on le sait, tous ces symptômes ont disparu des hôpitaux psychiatriques bien tenus, et ceci sans mesures thérapeutiques spéciales, simplement par le changement d'atmosphère psychologique, parce qu'on s'occupe plus intelligemment des malades. Il y a des années que nous n'avons plus eu besoin de recourir au gavage par la sonde. D'accord: bien des schizophrènes ont tendance à produire ces symptômes, de même qu'un individu atteint de coxalgie tuberculeuse a tendance à se fixer dans une mauvaise position pour se protéger contre la douleur. Bien des schizophrènes n'ont pas d'autre moyen de se protéger contre le milieu asilaire, que de se réfugier dans leur autisme. Ils sont, d'ailleurs, extrêmement sensibles à la suggestion du milieu. Je n'oublierai jamais, à cet égard, la leçon que m'a donnée mon Maître *Eugène Bleuler*, quand je vins un jour me plaindre à lui

qu'un, puis deux, puis trois catatoniques d'une de mes salles refusaient de manger et devaient être gavés. Il me dit simplement : « C'est de votre faute. » Furieux et plein de l'amer sentiment d'être injustement traité, je me précipitai dans ma salle et me mis à agir intensément sur mes malades qui, après quelques minutes, se mirent tous les trois à manger. Nous ne pensions d'ailleurs pas, à l'époque, que la cuisine asilaire était franchement mauvaise et aurait, à elle seule, justifié les refus de nourriture.

Nous pourrions parler d'un véritable conditionnement des symptômes et du comportement de nos malades par le milieu asilaire. Ce conditionnement ne me paraît pas affecter seulement les schizophrènes, mais d'autres catégories de malades, en particulier ceux que nous appelons les déments séniles. On connaît l'agitation anxieuse et sans but de beaucoup de ces derniers, leurs gestes stéréotypés, leur désorientation, etc. Or, ces états, considérés comme classiques et inhérents à certaines formes d'encéphalopathies séniles, ont disparu chez nous des unités gériatriques. Et ceci tout spécialement dans une nouvelle division gériatrique mixte (8 hommes et 8 femmes) extrêmement confortable, où les malades se sentent heureux et protégés dans un milieu aménagé spécialement pour eux et leurs besoins. Des malades anxieux et désorientés dans un service destiné à des cas considérés comme irrécupérables ont commencé, après peu de jours, à se réorienter, à se tranquilliser, à prendre part aux conversations, à participer à la vie commune de cette petite société. Je suis donc en droit de me demander si la symptomatologie psychopathique classique des séniles n'est pas aussi simplement une réaction aux conditions psychologiques défavorables du milieu asilaire, qu'il s'agisse d'hôpitaux psychiatriques ou d'établissements pour vieillards. J'ai parlé de ces phénomènes dans d'autres travaux (Hygiène mentale de la Sénescence et du Vieillessement). J'irai plus loin encore. En lisant une brochure éditée par la Revue Suisse de Psychologie sur le développement de l'instinct de mendicité chez certains animaux enfermés dans les jardins zoologiques, j'ai dû constater que, sans le vouloir, nous développons aussi parfois ces tendances mendicaires chez certains de nos malades. Cela se traduit sous des formes très diverses : ils guettent par la porte fermée de la division l'occasion de sortir, ils demandent à partir, ils mendient des cigarettes, des faveurs particulières, ils se montrent particulièrement gentils, obéissants, travailleurs, ils affichent de bons sentiments pour plaire au personnel et aux médecins, etc. Dans notre système asilaire, au fond patriarcal, on aime ce qu'on appelle les « bons malades », ceux qui ne font pas d'histoires, qui travaillent, se plient à la discipline et collaborent souvent à la faire respecter par les autres. On peut observer le même phénomène dans les pénitenciers, où l'on apprécie et favorise les « bons détenus ». Ces attitudes régressives sont peut-être inévitables dans nos institutions, en présence du médecin-directeur, père tout puissant, dont la faveur est essentielle à la vie quotidienne et qui peut si facilement se transformer en un père redoutable.

III.

Il y a bien d'autres difficultés auxquelles les hôpitaux psychiatriques doivent faire face. Parmi celles-ci je voudrais mentionner, en premier lieu, le fait qu'ils deviennent ce que l'on désigne par un mot vulgaire les dépotoirs pour tous ceux dont la société n'a que faire, pour tous ceux dont les institutions pénitentiaires, les maisons de travail, de redressement, les asiles de vieillards veulent se débarrasser. Ces personnes ont toutes une tare mentale plus ou moins accusée et doivent être nécessairement mélangées avec les vrais psychotiques, qui, eux, ont besoin de soins très différenciés. Pendant de longues années, les psychiatres ont lutté pour faire admettre que l'anomalie mentale conférait un droit à la protection et même une sorte de dignité humaine particulière. Je ne pense pas que la société ait, au fond, partagé ce point de vue du respect dû à l'anomalie. Mais elle estime que tous ces cas frontières, dont elle ne sait que faire, peuvent être utilement colloqués dans les établissements psychiatriques, où ils coûtent à vrai dire très cher, mais où ils n'ennuient plus personne. Il y a un certain nombre d'années, mes assistantes sociales, qui s'occupent des délinquants adultes et des internés dits administratifs, ont fait une tournée systématique des établissements pénitentiaires ou de redressement de Suisse romande. Elles ont découvert que, dans un seul de ces établissements, quelque 80 individus de notre canton y étaient internés. Certains d'entre eux s'y trouvaient depuis plus de 10 ans, par simple décision administrative à cause de leur comportement dissocial. Il y avait là des prostituées débiles, des mères célibataires, des buveuses, des femmes mariées d'inconduite notoire, etc. Chez les hommes, il s'agissait surtout de vieux buveurs, de vagabonds, de fainéants, d'individus inadaptés, querelleurs, un peu paranoïaques, ayant commis des délits mineurs. D'autres avaient abandonné leur famille, avaient passé sur le trimard des années à l'étranger et avaient été, pour finir, rapatriés; bref, toute une collection de déchets sociaux. Je partageais, à ce moment-là, l'indignation morale de mes assistantes à propos de ces procédés sommaires d'internement administratif, et nous avons réussi à y mettre bon ordre en faisant constituer une commission cantonale où siègent, à côté du chef du Service juridique de l'Etat, le directeur du pénitencier, le psychiatre, des assistantes sociales, le chef du Service de l'assistance publique, un président de tribunal, etc. Cette commission délibère de tous les cas que les communes voudraient faire interner; chacun donne son avis sur les mesures à prendre, les essais possibles de relèvement, de rééducation, de réintégration, etc. De cette façon nous sommes arrivés à prévenir certains internements et à préconiser les mesures qui ont permis la réadaptation, tout au moins temporaire, d'un bon nombre d'individus. Mais, en contre-partie, nous avons dû recueillir des dissociaux chroniques légèrement psychotiques, de vieux caractériels irréductibles, où l'on ne peut exclure une schizophrénie latente ou larvée. Nous avons

eu à maintes reprises l'occasion de nous en repentir! Ils sont les bénéficiaires parasitaires de notre système libéral, des agréments et du confort toujours plus grands de nos hôpitaux. Mais, essentiellement captatifs, ils paraissent incapables de relations transférales positives. Ils les simulent parfois pour obtenir des avantages supplémentaires, dont ils ne tardent pas à abuser. Tous ces dissociés et délinquants, appelés psychopathes, constituent, on le sait, un des graves problèmes de la psychiatrie hospitalière actuelle. Faudra-t-il édifier pour eux des établissements spéciaux? Les expériences faites à cet égard dans certains pays ne sont pas très encourageantes. Quand ils étaient peu nombreux dans nos services, on pouvait les neutraliser dans la masse indifférente des schizophrènes chroniques, mais ce n'est plus guère possible aujourd'hui avec nos portes ouvertes. Nous constatons, toutefois, que la plupart sont assez sensibles à l'influence féminine des infirmières, que nous avons introduites dans nos pavillons d'hommes. Cela est probablement dû à leur infantilisme caractériel, qui les fait se plier plus facilement à la discipline imposée par une image maternelle. Leur agressivité en est, d'ailleurs, de ce fait, généralement diminuée.

«Primum non nocere», avais-je écrit en guise de parole liminaire à mon travail de 1926 sur «l'Hygiène mentale et l'Hôpital psychiatrique». Sommes-nous bien certains que ce mélange d'affections et d'anomalies mentales si diverses, que nous soignons côte à côte dans les mêmes services, ne nuise pas tout au moins à certains de nos malades? Je me souviens d'un homme de ma parenté, atteint de mélancolie anxieuse, qui avait confiance en moi et dont l'état exigeait une surveillance très stricte. Cela nous obligea à le soigner dans une salle d'observation, dans un lit tout proche de celui où se trouvait un meurtrier en expertise et qu'il connaissait de vue. L'effet psychologique de ce voisinage imposé sur mon malade fut catastrophique, car il lui donna un sentiment durable de dévalorisation, qui persista même après sa guérison. Et, lors d'une rechute qui survint peu d'années plus tard, le malade préféra le suicide à une nouvelle hospitalisation.

Un fait est certain: il est presque impossible, dans un hôpital psychiatrique public, de tenir compte des différences de la personnalité des malades. On sait pourtant l'importance que chacun attribue à ses propres goûts, à ses habitudes, à ses exigences, au respect qu'on doit à ses sentiments, à sa manière d'être. Le malade mental est, par définition, moins adaptable et plus vulnérable que tout autre. On constate souvent que, moins sa personnalité est autonome et son «moi» développé et robuste, plus ses manières d'être, ses goûts, ses habitudes, ses intolérances et tout ce qui peut le différencier des autres gens, sont psychodynamiquement importants, sinon même essentiels, pour lui. Ce sont justement ces malades que l'hôpital psychiatrique doit recueillir pêle-mêle, dans un milieu collectif et difficile, où il n'est guère possible de tenir compte des goûts individuels, où ce n'est pas la maladie elle-même et moins encore ses déterminantes psychologiques qui décident du milieu où le patient sera placé, mais

avant tout le symptôme dominant qu'il présente : agitation, angoisse, dangerosité éventuelle. C'est un peu comme si, dans un hôpital général, on répartissait les malades dans les salles d'après le seul critère de leur température. On conçoit les traumatismes psychiques qui sont presque inévitablement infligés de cette manière. Ils m'ont paru souvent être un obstacle à la guérison, en favorisant l'autisme, les attitudes oppositionnelles, le refus d'acceptation et de compréhension de la maladie.

Je me souviens, à ce propos, d'une jeune fille atteinte de schizophrénie catatoniforme, soignée déjà depuis plusieurs mois, sans succès, dans une clinique privée et que sa famille avait décidé de confier à mes soins. La malade avait alors déclaré vouloir rentrer à la maison, bien que tous les siens et des amis lui eussent chanté mes louanges. Quand j'allai voir la jeune fille après son admission, elle était immobile dans son lit, raide, figée, les yeux fermés. Je me présentai : elle ouvrit quelques instants les yeux, me regarda et me dit : « Non, vous n'êtes pas le Docteur Repond. » – Ce furent les seules paroles qu'elle prononça pendant tout son séjour, et malgré les soins les plus attentifs, l'état catatonique alla en s'aggravant. Après bien des réflexions, je finis par penser que la clef de cet état pourrait bien se trouver dans la seule phrase qu'elle avait prononcée. En effet, on lui avait vanté mes qualités et elle n'avait aucune raison de les mettre en doute. Mais, du moment que le médecin qui s'était présenté à elle n'avait pas compris intuitivement que son seul désir était de rentrer chez elle, il ne pouvait pas être ce Docteur Repond, tant vanté. M'appuyant sur cette spéculation, je décidai de renvoyer la malade à la maison, convoquai la famille et tentai de la persuader de la nécessité de cette mesure, sans d'ailleurs lui parler de mon raisonnement qui me paraissait trop ténu pour être convaincant. La famille fit de nombreuses objections, arguant du fait que la malade allait de mal en pis, puis fit semblant de se rendre et demanda un délai d'une semaine, pendant lequel, naturellement, et sans me le dire, elle négocia l'entrée de la malade dans une autre clinique. Au jour dit, elle apparut et, quelque peu méfiant, je lui demandai confirmation de son intention de reprendre la malade à la maison, ce qu'elle fit. J'assistai à la sortie : la jeune fille se laissa habiller et monta toute raide dans la voiture, sans m'honorer d'un mot ni d'un regard, en sorte que j'éprouvai aussitôt de sérieux doutes sur le succès de ma tentative. J'avais, en effet, espéré que le choc du départ serait immédiatement bienfaisant. Mais, au moment précis où la voiture franchissait le portail de l'établissement, la malade se passa la main sur les yeux – comme si elle se réveillait – et se mit à parler normalement, exprimant sa joie de rentrer chez elle, demandant des nouvelles de tout le monde. La famille abandonna sur le champ son projet de réhospitalisation. La malade, rentrée à la maison, s'y comporta tout à fait normalement et elle n'a pas rechuté depuis. Elle vint me rendre visite quelque temps après spontanément et me confirma l'exactitude de mes suppositions quant à son comportement anormal.

De pareils cas ne sont pas très rares. Aujourd'hui on aurait soumis cette malade à une thérapeutique de chocs ou à une cure de neuroleptiques, sans trop se donner la peine de réfléchir aux déterminantes psychogéniques des symptômes. Les résultats en auraient-ils été meilleurs? On peut se demander, en effet, si l'euphorie actuelle des psychiatres est pleinement justifiée et si, en particulier, les résultats thérapeutiques, notamment quand ils sont dus à des traitements de chocs, à des cures biologiques et médicamenteuses, sont, à la longue, meilleurs qu'autrefois. Nous manquons encore de statistiques convaincantes à cet égard. Il est, par contre, indéniable que la symptomatologie des psychoses en a été favorablement influencée, que l'agitation a disparu, ce qui a permis de diminuer, voire même de supprimer, le caractère carcéral des asiles. Cela, à son tour, peut influencer favorablement et par de simples moyens psychologiques, le comportement des malades. Mais quels sont, dans l'enchaînement de ces diverses circonstances favorables, les éléments thérapeutiques essentiels? Un travail récent de *Pierre Christie* sur «L'Evolution de la psychiatrie hospitalière» (Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie) signale que, à l'hôpital psychiatrique universitaire de la «Friedmatt», à Bâle, le nombre des réhospitalisations a augmenté de plus de 10 fois au cours des 40 dernières années, alors que celui des premières admissions n'a augmenté que de 4 fois. Les maladies donnant lieu aux plus fréquentes rechutes sont les schizophrénies. — Nous constatons aussi la grande fréquence des réadmissions de cette maladie: En 1957, sur 162 cas, il y avait 66 premières admissions et 96 rechutes. En 1958, les chiffres étaient de 142, 43 et 99, et en 1959 de 167, 67 et 100. Il faut ajouter que nous pratiquons une large politique de sorties hâtives, ce qui est plus facile dans un pays agricole que dans un milieu citadin. Parmi ces malades, nous comptons aussi un certain nombre de ce que nous pourrions appeler des abonnés à notre hôpital. Il en est qui reviennent spontanément aux approches d'une crise, parfois même tout seuls et conduisant leur propre automobile. Après quelques jours ou quelques semaines, suivant les cas, ils s'en vont reprendre leurs occupations. — La proportion de ceux qui demeurent plus ou moins définitivement hospitalisés est assez faible. Par exemple, sur 173 schizophrènes admis en 1950, 13 sont encore dans notre Etablissement, soit 8 hommes et 5 femmes. Sur les 167 schizophrènes admis en 1955, 5 hommes et 7 femmes se trouvent encore à Malévoz. L'entrée en vigueur de l'Assurance-invalidité fait découvrir des schizophrènes sortis, améliorés ou socialement guéris, mais qui ont rechuté sans être réadmis dans l'établissement, et qui sont tout doucement devenus des invalides mentaux.

IV.

Les critiques qu'on formule encore aujourd'hui contre les hôpitaux psychiatriques ne sont pas nouvelles. Un psychiatre anglais les exprimait déjà en

1818, et les aliénistes français les ont périodiquement répétées. Elles peuvent se résumer en deux points essentiels, qui sont les suivants :

encombrement chronique et indifférenciation du recrutement des malades.

Bonnafé et Le Guillant, dans deux intéressants articles de « L'Information psychiatrique », estiment que les établissements publics pour malades mentaux sont, par vocation, appelés à être encombrés. On trouvera des critiques du même ordre dans la revue « Mental Hospitals », éditée par l'Association américaine de Psychiatrie. Les critiques les plus virulentes contre les hôpitaux psychiatriques, comme aussi les propositions les plus révolutionnaires pour les transformer, sinon même les supprimer, proviennent surtout de grands pays tels que la France et la Grande-Bretagne. Ils furent les premiers à établir des systèmes législatifs et asilaires organisés qui, pendant longtemps, servirent de modèles. C'est là qu'on construisit les premiers immenses établissements psychiatriques, destinés à recueillir le plus grand nombre possible d'aliénés de toutes catégories. Ils furent d'ailleurs copiés par certains petits pays, tels que la Grèce, qui adopta, presque sans changements, la législation française en la matière – qui date, on le sait, de 1838 – et construisit un seul grand asile pour y hospitaliser tous les malades du pays. L'Italie, avec ses traditions d'architecture monumentale; l'Amérique, avec son goût du gigantisme, édifièrent à leur tour des établissements importants qui, aux Etats-Unis, ne cessèrent d'augmenter, au point d'atteindre des dimensions et des populations plus que démesurées. L'hôpital psychiatrique de « Pilgrim », dans l'Etat de New York, compte plus de 15 000 malades. Les établissements de 6000 à 10 000 malades ne sont pas rares, et j'y ai vu des pavillons contenant de 2000 à 2800 patients. Des sommes immenses ont été englouties dans ces bâtiments, considérés aujourd'hui généralement comme des monstruosité psychiatriques qu'il est presque impossible d'adapter aux exigences modernes. Au cours des dernières années, on s'est borné à changer leur nom : ce ne sont plus des asiles d'aliénés, mais des hôpitaux psychiatriques. A part cela, très peu de choses ont été modifiées dans leur organisation, leur structure, leur ravitaillement, leurs méthodes. Je sais bien que, grâce aux nouvelles thérapeutiques, les moyens de contention ont en grande partie disparu, parfois même ont été supprimés. Mais pour le reste, il n'y a pas de modifications essentielles.

Les cantons suisses tard venus à la psychiatrie hospitalière ont évité un certain nombre des graves défauts qui affectent les constructions asilaires d'autres pays. La modicité de leurs moyens financiers, leur population restreinte, leur souveraineté en matière de santé publique, leur particularisme étroit, ont préservé la psychiatrie suisse de tomber dans les errements communs à la plupart des autres pays. Seuls les grands cantons qui, à l'époque des nationalisations des monastères, s'estimèrent fort heureux de pouvoir colloquer leurs aliénés dans ces couvents désaffectés, ont aujourd'hui à se repentir de cette aubaine du passé. La modernisation de ces anciennes casernes monacales

est presque impossible et, en tout cas, extrêmement coûteuse. Il en va de même des asiles dont l'architecture fut copiée plus ou moins exactement sur celle de ces anciens couvents, alors que les établissements tard venus, c'est-à-dire ceux qui furent construits au début de ce siècle d'après le système pavillonnaire, bénéficient de certains avantages. Bien des erreurs eussent, d'ailleurs, pu et dû être évitées dans leur architecture, leurs dimensions trop vastes, leurs unités de soins trop importantes. Je suis loin de partager le pessimisme radical de *Bleuler*: il estime, en effet, qu'aucun hôpital psychiatrique suisse ne correspond aux exigences modernes de la psychiatrie. Mais il semble tout ignorer des réalisations actuelles des hôpitaux psychiatriques en Suisse romande, dont le système et l'architecture font œuvre de pionniers et servent de modèles dans bien des pays étrangers. C'est encore là un des effets fâcheux de notre cantonalisme helvétique: il a pour effet que nous nous ignorons beaucoup trop mutuellement, malgré nos liens nationaux et nos problèmes communs. Nos 22 ministères de la santé et de l'éducation, si importants pour tout ce qui concerne la santé mentale, s'ignorent dans ce domaine. Et quant au Service fédéral de l'hygiène publique, il n'a aucune compétence légale pour s'y intéresser. L'Office fédéral des statistiques qui, du temps de notre regretté ami Bersot et avant la retraite du Dr Zurukzoglu, tirait quelque parti des feuilles statistiques que chaque hôpital psychiatrique remplit consciencieusement pour tous les malades, a cessé pratiquement de le faire. Il y a là pourtant de précieuses sources de renseignements pour l'épidémiologie des affections mentales, les résultats thérapeutiques, les rechutes, les conditions familiales, sociales, héréditaires de nos patients.

L'intérêt des jeunes médecins formés dans nos hôpitaux psychiatriques et, surtout, dans les cliniques universitaires, n'est nullement éveillé ou stimulé pour aller voir ou étudier ce qui se passe dans les autres cantons. Il y a bien des années déjà, j'avais suggéré que les médecins assistants de nos établissements se constituent en une association, dont un des buts aurait été de se renseigner mutuellement, d'organiser des visites collectives dans les divers hôpitaux psychiatriques du pays. Ce projet, unanimement approuvé par la Société suisse de Psychiatrie, ne prit jamais corps, faute d'un organisateur ayant le temps de s'y consacrer et faute aussi d'intérêt actif de la part des médecins-directeurs. J'ai demandé également, il y a peu d'années, la création d'un journal suisse de psychiatrie pratique, où nous aurions pu exposer et discuter nos problèmes communs, nos projets, nos réalisations, nos difficultés aussi, des questions de personnel, d'assistance sociale psychiatrique, de prophylaxie, etc. J'aurais voulu que cet organe fût rédigé par la Centrale suisse de Psychiatrie pratique. Il me fut répondu que cela coûterait trop cher. Et cependant nous aurions pu compter sur des abonnements en nombre suffisant, car cet organe n'eût pas intéressé seulement les psychiatres, mais les administrations cantonales, les services d'assistance publique, les sociétés de patro-

nage, d'utilité publique, etc. En fait de journal, nous ne disposons aujourd'hui que des Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie, dont je ne discute pas la haute valeur scientifique, mais où il est pratiquement impossible de faire paraître un article, tant il est encombré, ni même nos comptes rendus, avant une attente de près de deux ans. Et ces Archives sont aussi beaucoup trop solennelles et distinguées pour accepter des articles simples, traitant de nos problèmes quotidiens, si importants dans la vie asilaire, et de ce mouvement énorme qui agite la psychiatrie pratique contemporaine. Rien d'étonnant à ce que nous nous ignorions mutuellement, mais il est extrêmement regrettable que les grands efforts de notre psychiatrie suisse soient méconnus de nos grandes sociétés d'utilité publique, et aussi de l'étranger, où nous vivons encore généralement de la réputation de nos anciens grands Maîtres.

Il y a quelq temps, l'UNESCO me transmettait les résultats d'une enquête, entreprise auprès de certaines personnalités suisses, sur ce que nous faisons, dans notre pays, en faveur des enfants difficiles et délinquants. Ils étaient extrêmement incomplets et partiellement inexacts, et c'était même la raison pour laquelle l'UNESCO, mieux renseignée que les Suisses auxquels elle s'était adressée, me les soumettait. Quand je me suis mis à les compléter, j'appris que PRO JUVENTUTE et PRO INFIRMIS s'étaient déjà auparavant intéressés à cette tâche, mais avaient dû l'abandonner faute de pouvoir obtenir des renseignements suffisants. Et il en va de même des choses psychiatriques, où les barrières administratives cantonales, celles des langues, des différences sociales et culturelles, sans parler du surmenage chronique des médecins et des directeurs de nos hôpitaux psychiatriques, ne nous laissent guère le temps d'aller voir ce qui se passe au-delà des frontières de nos petits pays.

Nous sommes tous d'accord que de grands progrès peuvent et doivent être réalisés dans nos hôpitaux psychiatriques suisses, comme d'ailleurs dans ceux du monde entier. Le système carcéral doit disparaître et les établissements doivent devenir plus ouverts, plus accueillants, plus confortables, moins formalistes et conçus de telle façon que toutes les classes de la population, même les plus différenciées, puissent y être soignées en tenant compte de leurs exigences éducatives et matérielles. Nos hôpitaux psychiatriques ont été bâtis pour recevoir avant tout les indigents. Un indice des préjugés et des demandes insatisfaites des couches aisées de la population est donné par le fait que ces dernières évitent en général soigneusement d'être traitées dans les établissements psychiatriques publics. Leurs malades sont habitués à des égards particuliers et, surtout, à des attentions et des soins plus personnels. Ils redoutent beaucoup la promiscuité des grandes divisions, des dortoirs, de la cohabitation avec des malades dont l'éducation première, les manières, les habitudes sont si différentes des leurs. Malgré notre démocratie, nous sommes une société bourgeoise aux différences sociales très marquées. Il est néanmoins certain que le mélange des différentes classes sociales dans le même hôpital psychiatrique a un effet

éducatif mutuel très utile. Les gens simples se tiennent mieux, s'appliquent même à exhiber leurs meilleures manières. Et quant aux autres, si les avantages d'une chambre particulière, d'une meilleure cuisine, des égards spéciaux presque indéfinissables que le personnel réserve aux gens riches et bien élevés leur sont réservés, ils s'accrochent assez facilement de fréquenter, à leurs heures, des gens simples. C'est même parfois pour eux une sorte de libération, de diminution des sentiments d'infériorité qui les affligent si souvent, la naissance même d'une certaine solidarité et entraide. Tout cela demande naturellement une direction très psychologique et beaucoup de tact. Il y a bien quelques inconvénients aussi à ce mélange de classes sociales qui peuvent, d'ailleurs, être en grande partie neutralisés. Mais les avantages l'emportent. Nous avons de cela une longue expérience, car encore aujourd'hui et malgré l'augmentation du nombre des cliniques psychiatriques privées, notre établissement compte de 8 à 10% de malades de la classe aisée, surtout des étrangers.

Mais on impose en général bien d'autres restrictions plus graves et anti-naturelles que celle de la séparation des classes sociales. Je veux parler de la séparation des sexes. Il existe encore bien des établissements où, dans les divisions et pavillons d'hommes, il n'existe aucune infirmière. Dans certains pays, cela est même interdit par la loi et seule une exception est consentie en faveur des Religieuses-infirmières. Depuis des années, nous avons introduit systématiquement des infirmières dans toutes les unités de soins masculines, et les malades en ont tiré les plus grands avantages. Le ton et l'allure de caserne, auxquels se laissent si facilement entraîner les hommes quand ils sont entre eux, a disparu. La propreté et l'ordre sont bien meilleurs, la tenue des malades plus soignée. Et même la discipline est mieux observée, car l'image maternelle que représente l'infirmière est plus respectée et plus volontiers obéie. Bien entendu, il y a des infirmiers dans chaque pavillon, mais plusieurs unités de soins d'hommes sont confiées entièrement à des infirmières. — Depuis quelques années, nous sommes allés beaucoup plus loin en construisant un pavillon ouvert mixte (25 hommes et 25 femmes), où les salles de séjour, les réfectoires, les corridors, les halles, les ateliers et les salles de jeux sont communs aux malades des deux sexes. Nous avons été si satisfaits des résultats que nous avons installé, d'après le même système, deux nouvelles unités de soins, l'une de gériatrie et l'autre de réhabilitation. Il faut dire que notre pavillon dit de nerveux, réservé au traitement des névropathes et de certaines psychoses légères, a toujours été mixte. Si leur disposition architecturale me le permettait, je transformerais même en unités mixtes mes deux pavillons d'observation dits de surveillance pour hommes et femmes. Evidemment, une des premières, sinon même la première question que me posent beaucoup de confrères qui visitent ces pavillons mixtes est : Avez-vous déjà eu beaucoup de grossesses parmi ces malades ? Et je vois par là qu'ils partagent le vieux préjugé du fou hypersexué, qui assaille les femmes. Or, c'est un fait d'observation courante que le malade mental, surtout le schizo-

phrène, est, dans l'immense majorité des cas, hyposexué et que son autisme ne le rend guère entreprenant. Un minimum de surveillance est suffisant. Il en va tout autrement des dissociés et de certains épileptiques. Bref, ce système demande une surveillance psychologique et attentive. Mais quels que soient les risques possibles, que nous avons jusqu'à aujourd'hui pu éviter, la normalisation des rapports humains entre malades, la prévention de la perte de contact avec le monde normal, la diminution des tendances autistiques, la meilleure tenue vestimentaire des hommes et des femmes, l'intérêt psychobiologique stimulé par la présence de l'autre sexe, sont des avantages prophylactiques et thérapeutiques si considérables, qu'ils l'emportent essentiellement sur les quelques inconvénients que peut comporter cette manière de faire.

Ce ne sont pas là des innovations scientifiques sensationnelles, mais elles contribuent à transformer et à rendre plus humaine et plus normale la vie, si terriblement claustrée, des hôpitaux psychiatriques. Partant de là, on peut de plus en plus ouvrir les portes autrefois fermées. C'est ainsi que 60% de nos malades sont en traitement libre, peuvent sortir seuls et n'abusent guère de leur liberté, si ce n'est pour d'occasionnels excès d'alcool. Il y a même moins d'évasions qu'autrefois et, chose amusante, certains malades ne profitent pas pour cela de leurs sorties libres, pendant lesquelles ils sont engagés d'honneur, mais attendent d'être rentrés dans leur pavillon fermé pour tenter une fuite romanesque.

V.

En lisant les rapports du Comité d'experts en santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi que leurs contributions individuelles sur les problèmes de l'hôpital psychiatrique, on est frappé par la presque unanimité de leurs opinions. Mais un autre fait est, quand on y réfléchit, tout aussi frappant, c'est qu'on y parle toujours du «malade mental», comme si ces malades formaient une entité, une catégorie spéciale d'humains. On en revient ainsi, sans le dire «*expressis verbis*», à la vieille théorie de la psychose unique, de «l'*Einheitspsychose*». Je rappelle, à ce propos, que Karl Menninger, le psychiatre américain bien connu, s'est montré très favorable à cette conception dans une de ses communications au Congrès international de Psychiatrie de Zurich. Ce sont d'ailleurs surtout les psychiatres anglo-saxons, dont l'influence scientifique ne cesse de grandir depuis la carence européenne due à la seconde guerre mondiale, à ses prodromes et à ses suites, qui semblent entraîner la psychiatrie moderne vers cette conception. C'est faire bon marché de toute les entités cliniques si longuement étudiées par les écoles de Kraepelin et de Bleuler. Les seules qui soient nommément exclues de cette conception unitaire vers laquelle on paraît tendre, sont les débilités mentales, les troubles séniles et, enfin, les épilepsies, dont certains affirment qu'elles ne font pas partie du domaine psy-

chiatrique. Pour ces trois catégories de maladies, comme aussi pour les aliénés criminels, on réclame des établissements spéciaux. Il s'agit là d'une simplification excessive et qui ne manquerait pas, si elle s'imposait, d'entraîner des conséquences pratiques graves même pour les malades que l'on veut «sauver» de l'hôpital psychiatrique. Le Prof. *Tooth*, par exemple, s'applaudit de ce que, depuis 1934, aucun hôpital psychiatrique n'ait pu être construit en Angleterre. D'autres soutiennent que, si nous n'avions pas hérité du passé tous ces asiles, on trouverait actuellement de tout autres moyens, pour résoudre les problèmes psychiatriques, que les solutions hospitalières. – On dirait que les psychiatres, découragés par leurs immenses asiles toujours encombrés et au recrutement indifférencié, abandonnent tout espoir d'obtenir les possibilités matérielles de les transformer, d'en réduire les dimensions et l'encombrement, et voudraient tout simplement les supprimer. Ce n'est pas qu'ils soient totalement adversaires de la ségrégation de certains malades mentaux, puisqu'ils l'acceptent pour les idiots, les séniles, les criminels et même les incurables, qu'on nomme pudiquement les malades de longue durée. Or, la presque totalité de ces derniers est, on le sait, constituée de schizophrènes qui, parfois d'emblée mais plus souvent à la suite de rechutes multiples, sombrent dans la chronicité. Je suis d'accord avec l'opinion que l'encombrement, la promiscuité, l'indifférenciation des grands asiles, le manque de soins personnels, favorisent l'autisme et la création d'un syndrome d'hospitalisme. Mais je ne crois pas que ces défauts, dus essentiellement à une architecture démodée et inadéquate, soient irrémédiables. J'ai pu faire, dans quelques vieux asiles, des propositions qui, si elles sont acceptées par les autorités, seraient de nature à leur porter remède. Evidemment, certaines immenses bâtisses, certains gratte-ciel érigés en pleine campagne, au milieu d'énormes propriétés, sont plus ou moins irrémédiables et me semblent créer une atmosphère psychologique particulièrement défavorable aux malades. Je persiste néanmoins à penser qu'avec beaucoup d'ingéniosité et, naturellement, quelque argent, bien des erreurs architecturales pourraient être corrigées. Mais, dans bien des pays, les psychiatres paraissent découragés par les complexités de ces tâches et, surtout, par les difficultés administratives qu'ils rencontrent. Evidemment, il faut de la patience et même de l'obstination. Il m'a fallu plus de quarante ans d'efforts pour obtenir, à la veille de ma retraite, les agrandissements et les modernisations qu'impose la psychiatrie moderne et qui devaient se faire dans un établissement qui était pourtant fort bien conçu et satisfaisait déjà, par ses petites unités de soins, à ce que l'on demande aujourd'hui.

Mais que de progrès à accomplir encore, ne serait-ce que dans l'attention personnelle à accorder à chaque malade. On a constaté que, étant donné la pénurie de médecins et leur surmenage, il était impossible, même dans les hôpitaux psychiatriques les mieux fournis en personnel médical, de consacrer à chaque malade cinq à dix minutes d'entretiens quotidiens. Faudra-t-il compléter notre équipement en personnel par ce que l'on appelle aux Etats-Unis

des psychologues-cliniciens et, pour les jeunes malades, par des éducateurs spécialisés? Ce sera une expérience à tenter pour compléter la sociothérapie dont les médecins, trop peu nombreux, n'ont guère le temps de s'occuper. Les assistantes sociales pour le service interne de l'établissement, qui sont chargées de préparer les sorties des malades, de gérer le pécule ou le salaire de ceux qui travaillent au dehors, de maintenir le contact avec les familles, les autorités et le monde extérieur, se sont avérées indispensables. Il en est de même des assistantes sociales externes, qui surveillent les post-cures, les réintégrations dans le milieu familial et social, ainsi que les adaptations dans de nouveaux milieux étrangers. L'introduction d'ergothérapeutes spécialisées, de physiothérapeutes, de maîtres de sport et de gymnastique, s'est aussi révélée très utile.

Mais il faut se demander quels sont les malades bénéficiaires de toutes ces mesures thérapeutiques adjuvantes et sociales actuelles. Ce sont, avant tout, les cas de longue durée et les irrécupérables. Certains de ces derniers, confortablement installés dans l'asile, ne veulent plus en sortir et font des rechutes chaque fois qu'il est question de les faire partir. Familles, autorités et même le personnel infirmier et médical sont, d'ailleurs, souvent complices de cet état de choses. — Quant aux malades qui font des cures brèves, très actives et surtout médicales, ils n'ont guère le temps, ni même l'opportunité de bénéficier de ces mesures thérapeutiques adjuvantes. Or, ils forment la très grosse majorité des admissions, car les deux tiers de ces cas quittent l'établissement après un séjour maximum de 1 à 2 mois. Aussi certains psychiatres étrangers voudraient-ils faire l'économie de tous ces nouveaux services et pensent-ils que les cas aigus, de courte durée, pourraient être soignés dans des cliniques psychiatriques au séjour limité. Nous connaissons ce système, qui existe depuis une soixantaine d'années dans les cliniques psychiatriques universitaires allemandes et celles d'autres pays aussi. L'autre proposition, assez en faveur actuellement, consiste à créer des services psychiatriques annexes d'hôpitaux généraux. Elle suscite l'opposition assez unanime des psychiatres suisses, qui redoutent, à juste titre, de voir, de ce fait, dévaloriser leurs hôpitaux psychiatriques. Ces services cliniques seraient, en effet, considérés comme ceux où l'on guérit les malades, et les hôpitaux psychiatriques comme les établissements où l'on interne les incurables. Il serait donc à attendre que les gouvernements ne fassent plus guère d'efforts pour améliorer et moderniser les vieux hôpitaux psychiatriques. Pourquoi, en effet, dépenser tant d'argent pour des incurables? Il faut remarquer, au surplus, que l'on guérit aussi bien, sinon même mieux, les cas de courte durée ou de durée moyenne dans les hôpitaux psychiatriques que dans les services d'un hôpital général. Et je pense que c'est beaucoup plus pour tenir compte des préjugés populaires contre les hôpitaux psychiatriques et par découragement de ne pas en obtenir les améliorations et transformations nécessaires, que certains psychiatres veulent les abandonner à leur rôle de lieux de ségrégation pour incurables et asociaux.

VI.

Les tâches de la psychiatrie hospitalière ne sont pas les seules à être remises en question aujourd'hui. Il en va de même pour tout ce qui concerne les problèmes de l'hygiène mentale et de la psychiatrie sociale, en particulier pour leur intégration et leur articulation dans les systèmes hospitaliers psychiatriques existants ou à créer. Avant la 2e guerre mondiale, tous ces problèmes étaient considérés comme étant strictement d'ordre prophylactique et médical. Mais, avec la fondation, en 1948, de la « Fédération mondiale pour la Santé mentale » et sa reconnaissance officielle par le Conseil économique et social des Nations Unies et plusieurs de leurs agences spécialisées : OMS, UNESCO, UNICEF, ILO, IRO, etc., des tâches infiniment plus vastes et diverses s'ouvrirent devant l'hygiène mentale. Elles amenèrent aussi nécessairement une collaboration intime avec les représentants d'autres sciences de l'homme : anthropologie, sociologie, pédagogie, psychologie, etc. Les psychiatres ne tardèrent pas à s'apercevoir combien leur science pouvait être fécondée et enrichie par la collaboration avec ces autres disciplines. La découverte de la multiplicité et de la complexité des causes des affections mentales dites fonctionnelles et l'abandon de ce qu'on a appelé le mythe de leur cause unique, exigèrent aussi cette collaboration dans le domaine pratique de la prophylaxie. De toute façon, un système de psychiatrie thérapeutique et sociale, comme aussi de prophylaxie, ne peut être transplanté tel quel d'un pays à un autre. Les différences sociales, culturelles, éducatives, matérielles, familiales, etc., qui toutes ont une influence sur la santé mentale, sont pour cela trop importantes.

Quelles sont les solutions envisagées pour nos pays occidentaux ? Une première question se pose à ce propos : L'hôpital psychiatrique doit-il demeurer ou devenir le centre actif de la prophylaxie, de la thérapeutique et de l'assistance sociale pour les malades mentaux et, en général, pour tous les désordres psychiques, les troubles caractériels, y compris la délinquance juvénile et adulte, la débilité mentale, etc. ? C'est la solution que nous avons adoptée en Valais dès 1930 et pour laquelle nous disposons d'un service médico-pédagogique itinérant et de deux services sociaux psychiatriques, dont les assistantes parcourent aussi tout le canton. Les médecins de l'établissement collaborent naturellement avec ces services, soit par des consultations en partie itinérantes, soit par des rapports et des séminaires hebdomadaires, où les cas sont discutés. Ce même système a été adopté dans d'autres cantons suisses et semble se développer surtout en France où, sous des formes assez différentes, il a pris le nom de « psychiatrie de secteur ». Dans ce pays, le centre actif est constitué par un service psychiatrique clinique, qui ne devrait pas avoir plus de 150 à 200 lits et qui dessert un groupe homogène de population qui ne devrait pas, en théorie, excéder 50 000 à 60 000 personnes.

A côté de ces systèmes plus ou moins intégrés à un hôpital psychiatrique,

il en est d'autres entièrement indépendants ou plus ou moins articulés avec des organismes officiels, des groupements religieux ou d'utilité publique. Il en est qui n'ont pour but que des tâches spéciales: les toxicomanes, les vieillards, certaines catégories d'enfants, etc. Un trait est cependant commun à toutes ces organisations: c'est leur extraordinaire encombrement, indice certain de la nécessité de leur création et, en conséquence, le surmenage imposé à leur personnel. Certains prétendent, il est vrai, que ce sont les psychiatres et leurs acolytes qui créent les maladies nerveuses. Il se passe pour les troubles de la santé mentale ce que l'on a constaté pour la tuberculose: c'est seulement lorsqu'on a procédé à un dépistage systématique dans toute la population qu'on s'est rendu compte de l'étendue du mal. Nul n'a cependant osé prétendre que les phtisiologues créaient la tuberculose. Mais, en matière de santé mentale, chacun s'estime souverainement compétent, et je me souviens des propos d'un notoire professeur de Médecine, qui conseillait à ses élèves, pour leur fortifier le moral, de lire avant tout la « Vie des hommes célèbres » de Plutarque. On peut se demander ce que le récit de la vie de ces héros en carton-pâte peut ajouter à la formation psychologique, pourtant si nécessaire et malheureusement si souvent déficiente, des jeunes médecins.

Je dois paraître un peu sévère pour les conditions psychiatriques existant encore en Suisse. Mais ces critiques s'adressent avant tout à nos gouvernements cantonaux et, pour mieux dire, au peuple, qui ne montre qu'un intérêt très insuffisant pour les problèmes de la santé mentale. La Suisse, qui a joué un rôle de pionnier en psychiatrie, est en train de perdre cette avance à de nombreux égards, faute d'intérêt général et faute aussi de moyens matériels. Et pourtant, les problèmes de la santé mentale sont les plus importants, au point de vue sanitaire, du monde d'aujourd'hui.

Les directeurs de nos établissements psychiatriques, surchargés de travail, ne disposent pas de fonds suffisants pour transformer ou moderniser leurs hôpitaux; ils ne disposent pas du personnel nécessaire et font souvent des prodiges pour tenter d'utiliser les méthodes nouvelles de la psychiatrie contemporaine. Leurs efforts sont rarement encouragés, mais les critiques sont nombreuses.

Les campagnes de « Aufklärung » et de propagande en faveur de la santé mentale et de la transformation des établissements psychiatriques produisent, à la longue, quelques effets. Mais on se heurte trop souvent à l'indifférence générale. Une loi fédérale sur la protection de la santé mentale pourrait certainement rendre de grands services dans ce domaine.

Le Service d'hygiène mentale du gouvernement fédéral des Etats-Unis consacre à l'étude et aux tentatives de solution de ces problèmes une somme annuelle de 120 millions de dollars, ceci sans parler de tout ce que font les Etats individuellement. Nous sommes loin de compte en Suisse, où la Confédération se retranche derrière une certaine interprétation de la constitution pour se

désintéresser de ce problème capital pour notre pays, comme pour tous les autres.

Nous pouvons conclure:

1. La psychiatrie se trouve dans une phase spectaculaire et, à certains égards, révolutionnaire, de développement.

2. Elle est chargée, en effet, en plus de ses tâches thérapeutiques toujours plus complexes et absorbantes, d'obligations prophylactiques et sociales, qui doivent être considérées comme inséparables de son activité.

3. Son action se heurte encore à de nombreux et très graves obstacles, dont les premiers sont l'incompréhension et les préjugés, qui sont ancrés dans la pensée magique.

4. Elle ne dispose pas encore, dans la plupart des cas, de l'équipement hospitalier moderne et adéquat aux besoins avant tout psychologiques des malades.

5. De plus en plus nos hôpitaux psychiatriques souffrent d'une pénurie de médecins. Ce manque peut toutefois être en partie compensé par la collaboration de nouvelles professions: assistantes sociales, psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc., qui peuvent être chargés de la sociothérapie ainsi que des attentions personnelles si nécessaires en plus des soins infirmiers.

6. Par la force des choses, les soins psychiatriques deviennent de plus en plus un travail d'équipe dirigé par le médecin. Les résultats frappants obtenus dans certains hôpitaux psychiatriques par des équipes bien entraînées et malgré des bâtiments hospitaliers d'aspect sordide (exemple: service de Sivadon à Ville-Evrard) indiquent dans quelle direction les premiers efforts peuvent être entrepris, sans exiger tout d'abord de trop gros sacrifices des pouvoirs publics.

7. Les hôpitaux psychiatriques doivent être aménagés en nombreuses petites unités de soins d'une vingtaine de malades au maximum.

8. Il y a de grands avantages à introduire, dans toutes ces unités, des soins infirmiers féminins.

9. Il faudrait éviter la trop stricte séparation des sexes.

10. Dans tous les cas où cela est géographiquement possible, il y a avantage à introduire la psychiatrie de secteur, l'hôpital psychiatrique étant le centre des efforts en faveur de la prophylaxie et de la réadaptation sociale des malades.

11. Il est à déconseiller de trop morceler les soins psychiatriques en constituant, par exemple, de petites divisions annexées aux hôpitaux généraux pour y soigner les cas dits de courte durée.

12. A défaut d'hôpitaux psychiatriques spécialisés pour certains malades (séniles, débiles, asociaux), il faut construire, dans les grands établissements, de petites unités de soins à leur usage.

13. Le développement psychiatrique est irréversible. Il appartient aux

médecins, aux ligues d'hygiène mentale, aux sociétés d'utilité publique, dont l'appui est nécessaire, de l'accélérer par leur propagande auprès des autorités et du public.

Résumé

L'auteur expose les difficultés de la psychiatrie contemporaine, qui sont un lourd héritage du passé. Un grand nombre d'établissements psychiatriques sont démodés, ont un aspect carcéral influençant défavorablement le moral des malades et entretenant les préjugés.

L'auteur passe en revue les exigences les plus importantes de la psychiatrie actuelle. Il ne pense pas, toutefois, que les hôpitaux psychiatriques n'aient plus de raison d'être, ni qu'ils doivent être remplacés par de petites unités psychiatriques incorporées aux hôpitaux généraux. Il étudie les diverses solutions nouvelles proposées ou déjà appliquées en Suisse et dans certains autres pays.

Zusammenfassung

Der Verfasser setzt die Schwierigkeiten der heutigen Psychiatrie auseinander, welche zum großen Teil als ein schweres Erbstück der Vergangenheit zu gelten haben. Viele psychiatrische Spitäler sind altmodisch, sehen noch aus wie Gefängnisse, sind manchmal jeder Bequemlichkeit bar. Diese Verhältnisse üben einen ungünstigen psychologischen Einfluß auf die Patienten aus, unterhalten auch die noch sehr verbreiteten Vorurteile gegen die Psychiatrie.

Der Verfasser erwähnt die Forderungen der heutigen Psychiatrie. In gewissen Ländern wird gelegentlich die Meinung vertreten, daß die psychiatrischen Spitäler keine Existenzberechtigung mehr haben, womit der Verfasser gar nicht einverstanden ist, ebensowenig wie mit ihrem Ersatz durch kleine psychiatrische Einheiten in allgemeinen Spitälern.

Der Verfasser studiert schließlich die verschiedenen neuen Lösungen, welche sei es in der Schweiz, sei es im Ausland, zur Erhöhung des Niveaus der psychiatrischen Anstalten vorgeschlagen werden.

Policlinique psychiatrique universitaire, Lausanne
(Directeur: Professeur *Pierre B. Schneider*)

A propos de quelques problèmes de l'émigration italienne en Suisse

Par *J. L. Villa*

Le phénomène migratoire transalpin est plus que centenaire et s'inscrit dans le cadre de ces mouvements de populations apparus en Europe au début du XIXe s. sous l'impulsion de facteurs essentiellement économiques. Le signal de départ de l'émigration européenne fut donné par l'Angleterre et par l'Allemagne quand, à cause de la révolution industrielle et de la crise agricole qui suivirent les guerres napoléoniennes, de nombreux ouvriers, artisans, paysans et