

Zeitschrift: Revue historique vaudoise
Herausgeber: Société vaudoise d'histoire et d'archéologie
Band: 103 (1995)

Artikel: L'évolution de la psychiatrie à travers les dossiers de patients : l'exemple de l'Hôpital psychiatrique de Cery, 1873-1959
Autor: Klein, Georges / Gasser, Jacques
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-73302>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 17.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

L'évolution de la psychiatrie
à travers les dossiers de patients
L'exemple de l'Hôpital psychiatrique de Cery, 1873-1959

GEORGES KLEIN, JACQUES GASSER

Introduction

Les dossiers médicaux des patients hospitalisés dans les institutions psychiatriques nous fournissent une source incomparable et encore peu utilisée pour comprendre non seulement l'évolution de la psychiatrie, mais également l'évolution des liens entre la psychiatrie et la société.

Dans cet article sont présentés les premiers résultats d'un dépouillement systématique des archives médicales de l'Hôpital psychiatrique de Cery pour la période allant de 1873, date de l'ouverture de l'Asile des aliénés du Bois de Cery, jusqu'en 1959, date de changements importants dans l'organisation de la psychiatrie hospitalière vaudoise.

La première partie est consacrée à quelques données socio-démographiques; la deuxième aborde la question de l'évolution des modalités d'internement non volontaire et des critères utilisés par les différentes instances pour justifier cet internement tels qu'ils ressortent des demandes officielles d'hospitalisation.

Enfin, la *dangerosité*, notion-clef de nos législations autorisant les hospitalisations d'office, est étudiée d'une part lors de la constitution de la psychiatrie européenne et d'autre part dans des débats plus récents de psychiatres américains qui ont longtemps proposé comme critère principal d'internement la notion du « besoin de traitement » plutôt que celle de dangerosité.

Sources et méthode

Nous avons étudié 2295 dossiers médicaux, soit environ les 10 % des 22 860 dossiers conservés pour la période de 1873 à 1959. Pour constituer notre corpus, nous avons directement prélevé, sur les rayons dans lesquels ils sont conservés, un dossier sur dix en suivant le classement des archives. De chaque dossier, nous avons extrait les renseignements suivants : le sexe, l'état civil, l'âge, la profession, le domicile, le diagnostic de sortie retenu par les médecins de Cery, le nombre des hospitalisations, la durée du séjour, la destination à la sortie, le statut volontaire ou non de l'admission, l'instance demandant l'internement, les critères invoqués par elle pour demander l'entrée, ainsi que l'évaluation de la dangerosité du patient au moment de son admission.

Nous verrons plus loin que la notion de dangerosité a été, depuis le début du siècle passé, une préoccupation incessante pour l'admission dans un asile d'aliénés. C'est une notion complexe, difficile à codifier, qu'il s'agisse de dangerosité du patient envers lui-même ou à l'égard d'autrui, et qu'il y ait eu un acte ou seulement une menace de danger.

Tous ces renseignements ont été introduits dans une base de données informatique puis analysés et présentés sous forme graphique.

Première partie : Données socio-démographiques

La population asilaire de 1873 à 1959

Nous indiquons, en premier lieu, l'évolution de la population asilaire pour la période concernée par notre étude et nous la comparerons aux données actuelles¹. Nous disposons du nombre de patients admis par année et du nombre de patients internés au 31 décembre de chaque année, ce dernier chiffre indiquant approximativement la capacité d'accueil de l'hôpital².

¹ Les valeurs servant à la construction de ce graphique sont extraites des *Rapports annuels* de Cery déposés à la bibliothèque de l'Hôpital de Cery.

² Les chiffres de 1937 et 1938 concernant le nombre de patients au 31 décembre manquent dans les *Rapports annuels* de ces deux années.

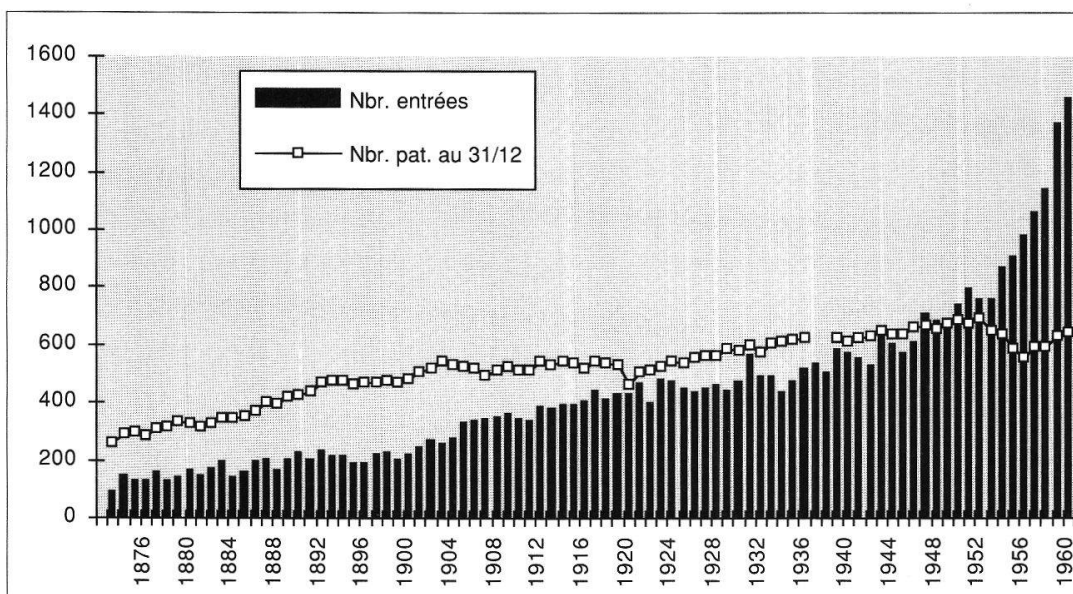


Figure 1: Évolution de la population asilaire.

Nous constatons une augmentation des deux valeurs. Le nombre des entrées à Cery a quasiment décuplé durant notre période d'étude, passant de 146 entrées en 1874 à plus de 1300 par année en 1959 (à noter qu'il a presque doublé durant la dernière décennie considérée – 1949/1959). Le nombre de patients internés au 31 décembre montre lui aussi une augmentation (moins forte), le nombre de lits ayant doublé. Observons encore que, dès les années quarante, nous avons un nombre plus grand d'admissions par année que de lits disponibles. Actuellement, les proportions sont inversées et nettement accentuées par rapport à ce qu'elles étaient au siècle passé, avec un nombre d'entrées annuelles dix fois plus élevé que la capacité de lits (pour 1993, nous avons 1248 entrées pour une capacité de 124 lits), celle-ci étant nettement réduite puisqu'elle est même inférieure à celle de l'époque de l'ouverture de Cery.

Ces chiffres illustrent principalement la diminution de la durée des séjours. Ils attestent également le fait que les séjours, même à la fin du siècle passé, ne duraient généralement pas des années, puisque le nombre des admissions n'a cessé de croître de manière plus rapide que la capacité de l'asile. Ainsi, durant les années 1880, 74% des patients internés restaient moins d'une année à Cery et, dans les années cinquante, 92% des patients y séjournaient moins

de six mois. L'idée, fort répandue encore de nos jours, que l'asile est un lieu dont on ne sort jamais, est erronée aujourd'hui comme autrefois.

Nous avons par ailleurs pu mettre en évidence que les hommes sont de manière constante plus nombreux dans la population asilaire que les femmes tout au long des huit décennies que couvre notre étude (environ 40% de femmes et 60% d'hommes). Cette observation est d'autant plus remarquable que, dans la population générale, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. L'explication de cette grande différence est à rechercher dans la forte proportion d'hommes alcooliques. Lorsqu'on retranche tous les cas de patients portant le diagnostic d'alcoolisme, il y a à Cery 50,8% d'hommes et 49,1% de femmes.

Quelles sont les instances qui demandent l'hospitalisation ?

Par instance, nous entendons la personne ou l'autorité qui formule la demande d'internement pour un individu. Pour nous permettre de l'identifier, le dossier du patient nous procure soit le certificat médical de demande d'admission ou une autre pièce émanant généralement d'une autorité judiciaire, politique ou administrative. Il est important de signaler que l'on ne sait généralement pas qui a sollicité l'intervention de l'instance mentionnée dans le dossier; ce qui se passe exactement en amont de la demande d'internement reste inconnu. Nous avons identifié trois types d'instances: premièrement, un médecin seul; deuxièmement, une autorité judiciaire ou administrative seule (par exemple, le Conseil d'État, un juge, un syndic, le Département de l'intérieur ou de justice et police); troisièmement, une instance mixte: un médecin avec un représentant de l'autorité judiciaire ou administrative. Enfin, nous avons également comptabilisé les admissions volontaires.

Nous voyons que dès l'ouverture de l'Asile de Cery, la grande majorité des admissions se font sur la demande d'un médecin. Dans les années vingt, le nombre des patients admis à la demande d'une instance juridique associée à un médecin croît, suivi dès la décennie suivante par une augmentation plus forte encore du nombre de gens internés à la demande d'une instance juridique ou admi-

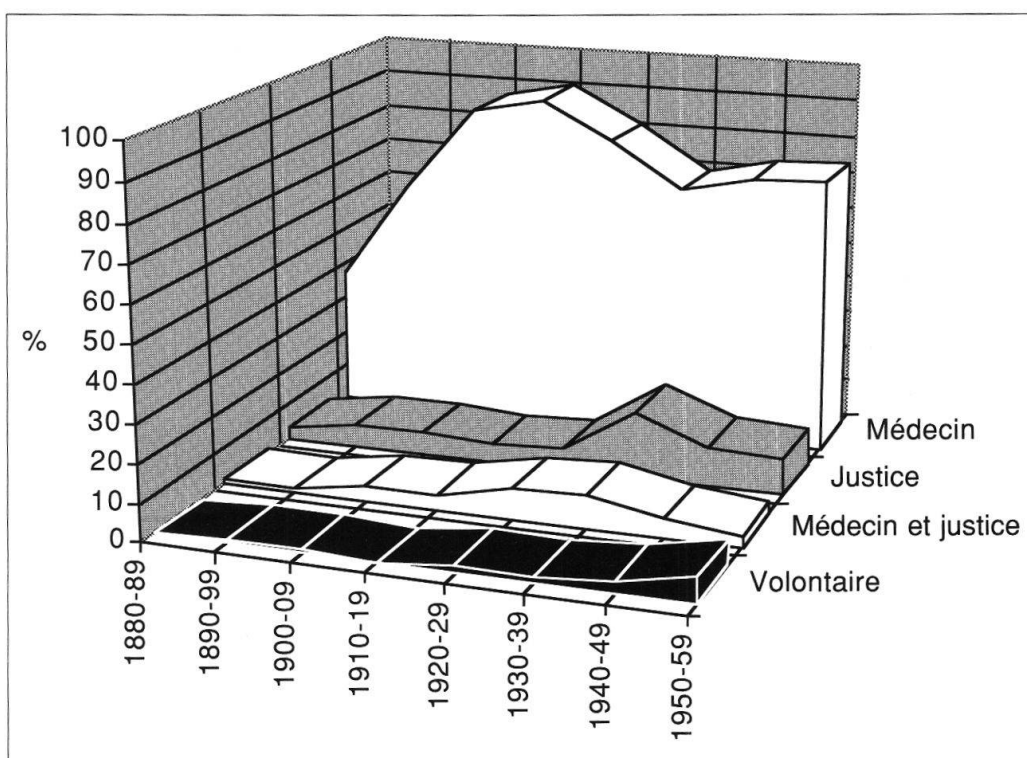


Figure 2 : Évolution de la répartition des instances.

nistrative seule. Les admissions dues à des instances juridiques et administratives (seules ou mixtes) diminuent dans les années quarante.

Cette observation peut être mise en relation avec l'étude de l'évolution des textes de lois concernant le régime des aliénés. En 1939, deux législations apparaissent dans le Canton de Vaud: la *Loi du 23 mai 1939 sur les malades mentaux et autres psychopathes* et l'*Arrêté du 24 octobre 1939 concernant l'internement administratif d'éléments dangereux pour la société*. Dans l'article 25 de la loi du 23 mai, la liste des instances autorisées à demander un internement est nettement plus longue que précédemment; par exemple le Ministère public, une municipalité, la direction de divers établissements y apparaissent. De plus, la loi précise qu'un certificat médical n'est pas nécessaire dans les cas de mise en observation judiciaire. Or, dès avant l'apparition de cette loi, déjà dans les années vingt, nous observons une augmentation de la proportion des gens internés pour lesquels une instance juridique

ou administrative intervient. Au début, la collaboration d'un médecin est le plus souvent retrouvée dans les dossiers lors d'internements non volontaires; mais dans les années trente, nous voyons un accroissement majeur de la proportion des instances juridiques et administratives seules. Nous avons ici un exemple habituel dans lequel une pratique précède l'introduction d'un texte de loi. La question reste posée de savoir si les lois de la fin des années trente cautionnent simplement un usage ou si elles doivent être comprises comme une prise de conscience des abus potentiels d'une nouvelle attitude des médecins et des autorités; en effet, on l'a déjà noté, dès l'introduction de la loi renforçant les possibilités de demandes d'entrée non volontaires par des juges ou par des autorités administratives, ces dernières diminuent dans notre corpus.

En ce qui concerne les admissions volontaires, nous sommes frappés par la rareté de cette modalité d'entrée à l'asile. Parmi les 1721 dossiers analysés pour la période 1873–1949, nous n'avons trouvé que 12 admissions volontaires, soit 0,7%. Entre 1950 et 1959, nous avons 38 cas d'admissions volontaires sur 551 dossiers, soit 6,9%. À titre comparatif, en 1993, 46% des entrées se font selon cette modalité³. Le premier cas d'admission volontaire retrouvé dans notre corpus date de 1926, soit 25 ans après l'introduction de la loi de 1901 qui mentionne pour la première fois dans le canton de Vaud cette modalité d'internement. De plus, ce n'est qu'avec le dossier d'un patient admis en 1935 que nous trouvons un formulaire d'admission volontaire imprimé et spécialement destiné à cette modalité d'entrée. Ici, la loi précède une pratique.

Par la suite, nous avons voulu vérifier l'hypothèse selon laquelle les hommes étaient plus souvent internés que les femmes pour des raisons ayant trait à la perturbation de l'ordre public ou en relation avec des actes sanctionnés par le code pénal. Pour cela nous avons effectué la répartition des sexes au sein de la population des patients internés à la demande des instances juridiques et administratives.

³ Nous remercions M. Luis Basterrechea du Service d'évaluation et de planification des Hospices cantonaux vaudois pour ces renseignements.

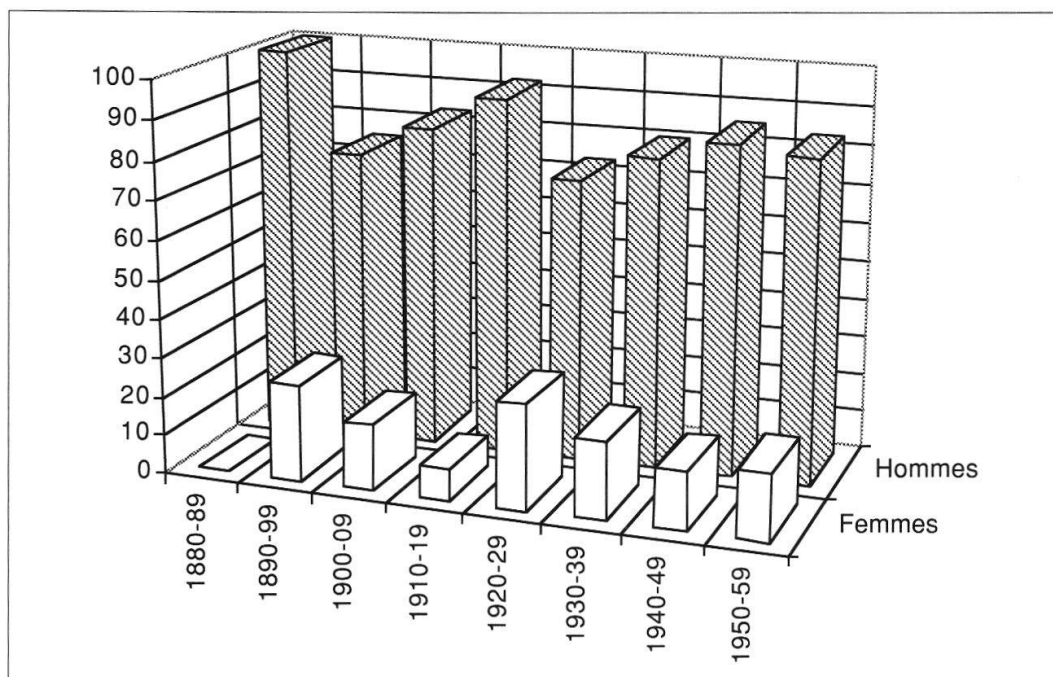


Figure 3 : Répartition des sexes pour l'instance juridique.

Dans cette catégorie d'admission, la proportion des hommes est effectivement nettement plus élevée que celle des femmes.

Évolution des destinations des patients

Comme nous l'avons vu précédemment, déjà à la fin du siècle passé l'asile n'est pas un lieu d'où l'on ne sort plus. Nous avons donc voulu illustrer l'évolution des différentes destinations principales prises par les patients lorsqu'ils quittent l'asile.

Nous voyons sur le graphique de la page suivante que dès l'ouverture de Cery, la majorité des patients retournent à leur domicile après leur séjour à l'asile. Une proportion importante de patients décèdent à l'asile psychiatrique (30% jusqu'au début de notre siècle); dans les années cinquante encore, environ 10% des patients y meurent. Ce chiffre doit être interprété en tenant compte du fait que la majorité des patients décédés étaient âgés et internés en raison d'une démence sénile. Ils seront dès 1963 admis à l'hôpital psychogériatrique. Bon nombre de patients jeunes, atteints de maladies somatiques comme la tuberculose, mouraient

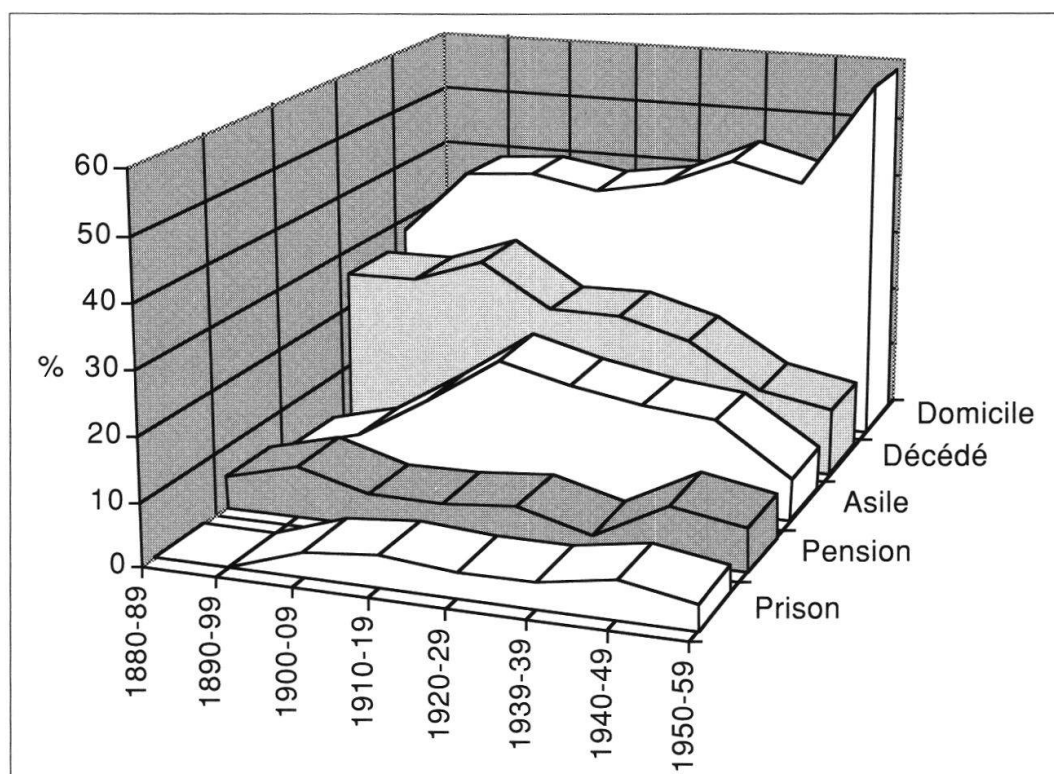


Figure 4: Évolution de la répartition des destinations.

à l'asile sans être envoyés, comme ils le seront plus tard, à l'hôpital cantonal lorsque leur maladie somatique se détériorait. Certains patients mouraient également de complications occasionnées par des maladies mentales comme les pneumonies des états cata-toniques ou encore les suicides.

Deuxième partie: Les modalités d'admission non volontaire

Les critères d'admission

Dans son *Histoire de la folie à l'âge classique*, Michel Foucault⁴ donne la description des raisons pour lesquelles certains individus se trouvaient internés aux XVII^e et XVIII^e siècles. On y trouve des «mendiants», des «femmes caduques», des «innocentes mal taillées

⁴ Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris [Gallimard], 1972, pp. 95-96.

et contrefaites», des «folles violentes» et des «filles incorrigibles», des «paresseux», des «fripons et des libertins», des «infirmes et des criminels». Le même auteur présente les caractéristiques relevées dans les registres de Bicêtre. «Débauchés», «fils ingrats et prodigues», «père dissipateur», «prostituée», un homme qui «maltraite sa femme» ou bien qui a «voulu plusieurs fois se défaire» constituent les qualificatifs attribués aux individus internés.

Dans son ouvrage *Des maladies mentales*⁵, en 1838, Étienne Esquirol établit une liste des causes de la folie réunies dans un tableau portant pour titre: «Des admissions relativement aux causes de la folie». Nous trouvons citées des causes aussi variées que «l'hérédité», «l'onanisme», «le libertinage et les excès en tous genres», des «chagrins domestiques et d'amour», «la jalousie», «la dévotion exaltée», «la lecture de romans», «la passion du jeu et les excès de veilles et d'études».

La lecture de ces qualificatifs nous a incités à aller chercher dans les sources disponibles du canton de Vaud les mobiles des personnes qui sollicitent une autorité pouvant décider de l'internement d'un individu.

Qui sont les individus pour lesquels un internement est demandé? Quels acteurs entrent en scène avant qu'un médecin ou une autre instance décide de demander une admission dans un hôpital psychiatrique? Quels critères va-t-on invoquer pour prendre cette décision?

Les critères d'admission contenus dans les demandes d'internement des dossiers retenus entre 1873 et 1959 fournissent une esquisse de réponse car on y décèle les raisons explicites qui décrivent la folie à travers des comportements et des symptômes. Ils mettent en évidence les processus qui animent la pratique de l'internement en asile psychiatrique, régis par des textes de lois et des théories médicales. En ce sens, les critères d'admission nous paraissent représenter une interface entre la société et l'asile, ils sont en quelque sorte le reflet de leurs rapports à un moment donné, apportant des indications sur les variations de seuil de tolérance de la société face à la déviance.

⁵ Étienne ESQUIROL, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médicaux, hygiéniques et médico-légaux*, Paris [Baillière], 1838.

La loi exige qu'un individu soit dangereux pour justifier son entrée non volontaire en institution psychiatrique; cette notion est au centre de notre propos sur l'évolution des modalités d'internement. Nous montrerons la fréquence à laquelle la notion de danger est effectivement mentionnée dans les demandes d'admission.

Habituellement, lorsqu'un crime ou un délit grave a été commis, une privation de liberté est prévue par le code pénal. Ce dernier intervient après coup et concerne des actes réalisés et attestés. Nous nous trouvons dans une situation post-délictuelle. La privation de liberté prend la forme d'un emprisonnement et vise à infliger une punition ; elle a également une fonction éducative et cherche à mettre la société à l'abri des méfaits d'un individu.

Lors d'une admission non volontaire dans un hôpital psychiatrique, c'est le code civil qui intervient et qui prévoit un internement avant même qu'un acte sanctionné par la loi ne se produise. Cette forme de privation de liberté est pré-délictuelle. Depuis fort longtemps déjà, il est reconnu qu'une forme quelconque de contention est indiquée, même en dehors de tout acte répréhensible au sens du code pénal, lorsqu'il est attesté qu'une personne est dangereuse pour elle-même ou pour les autres⁶. Cette privation de liberté cherche à protéger la société d'un individu dont les comportements permettent de supposer qu'un passage à un acte dangereux est probable en autorisant son internement. Nous sommes ici dans le domaine de la conjecture, de la prévision et de la prévention.

Lors de la prise de donnée dans notre corpus, nous avons enregistré les critères d'admission retrouvés dans le dossier des patients. Comme la majorité des admissions se font sur la demande d'un médecin, nous avons principalement des critères écrits par des médecins qui donnent les raisons rendant un internement nécessaire. Les médecins utilisaient pour cela de simples papiers portant leur nom en en-tête ou bien ils se servaient de certificats d'admission officiels imprimés et intitulés «déclaration de maladie

⁶ Voir par exemple : Dominique BARBIER, *La dangerosité*, Toulouse [Privat], 1991, p. 54 et Régis POUGET, Jean Marie COSTEJA, *Rapport de médecine légale, la dangerosité*, Paris [Masson], 1988, p. 33.

mentale». Lorsqu'une autre instance (juridique ou administrative) demandait un internement, nous trouvons dans le dossier une pièce officielle expliquant ou ordonnant l'internement.

Nous avons tenté de percevoir des changements dans les raisons évoquées. Il ne nous a malheureusement pas été possible de créer un système de classification des critères d'admission permettant de mettre en évidence des modifications du seuil de tolérance face à certains comportements jugés anormaux selon les époques. Nous sommes là aux limites de ce que l'analyse statistique des dossiers peut nous apporter. Pour aller plus loin dans l'analyse, une méthode qualitative appliquée sur quelques dossiers choisis sera certainement nécessaire.

Nous avons donc décidé de regrouper les critères dans les cinq catégories suivantes: *diagnostic*, lorsqu'il en apparaît un dans la demande d'admission non volontaire; *symptôme*, si les signes psychopathologiques sont relevés; *expertise*, lorsque l'internement a lieu à cette fin; *comportement délictueux*, compris au sens du code pénal; et *pas mentionné* lorsque nous ne trouvons pas de pièce dans le dossier qui fasse office de demande d'admission provenant de l'une ou l'autre des instances. Chaque dossier peut comprendre une ou plusieurs catégories de critères. Ainsi, si nous pouvons souvent trouver un billet d'admission qui ne contient que la

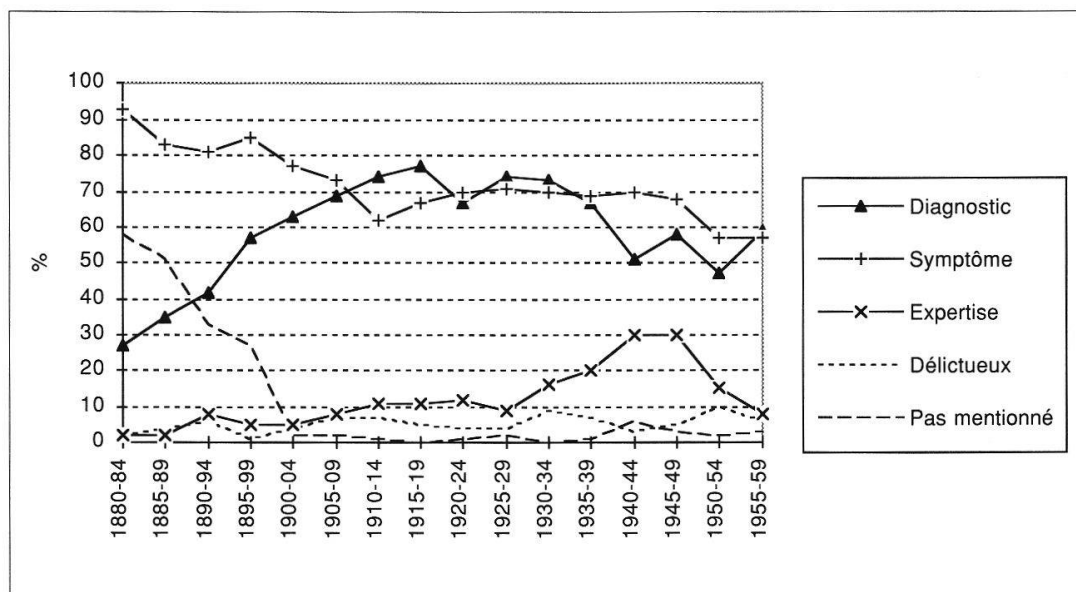


Figure 5: Évolution des critères d'admission.

mention d'internement à fin d'expertise, il existe également des cas plus complexes avec, par exemple, une demande d'expertise, la mention d'un comportement délictueux et un diagnostic.

Nous observons que la grande majorité des critères comprennent dans leurs énoncés un diagnostic et/ou un symptôme. Ce qui n'est pas surprenant puisque les médecins constituent la plus forte proportion des instances. L'augmentation dès le début des années trente de la proportion de gens pour lesquels les fins d'expertise figurent parmi les critères d'internement est cependant remarquable. Cela nous intéresse particulièrement car cette croissance commence avant la loi de 1939 déjà citée qui élargit le nombre des instances pouvant demander un internement, notamment à des fins d'expertise ou pour observation judiciaire. Nous assistons ici, comme pour l'évolution des instances, à l'augmentation d'une pratique avant qu'une loi ne l'autorise légalement. Quant aux patients hospitalisés suite à un comportement délictueux, leur nombre reste stable (entre 5 et 10 %) durant toute la période considérée.

La dangerosité

La notion de dangerosité se situe au centre du débat concernant l'internement non volontaire dans un asile psychiatrique et se retrouve dans les textes de loi dès le début du XIX^e siècle⁷. Cette constatation ne doit cependant pas nous faire oublier qu'il n'a jamais suffi de décréter une personne dangereuse pour elle-même ou pour les autres pour réaliser un internement. Il faut avoir reconnu au préalable que la personne concernée est « folle », « aliénée » ou « malade mentale », suivant la terminologie de l'époque concernée. Le fait d'être dangereux est une condition nécessaire mais pas suffisante.

Le mot « dangerosité » n'existe officiellement dans la langue française que depuis 1969. Il est tiré de l'anglais « dangerousness », vraisemblablement après les débats aux États-Unis concernant les modalités d'internement dans un hôpital psychiatrique. Le terme

⁷ Voir le Décret du 18 mai 1810, in *Recueil des lois vaudoises*, Tome VII, 1810, pp.16-22 et 206-210.

provient cependant à l'origine du mot « danger ». Ce dernier remonte au XII^e siècle avec le mot « dangier » issu du bas latin « *dominarium* » puis « *domnarium* » dans le sens de « pouvoir » dérivé de « *dominus* », le maître, le seigneur. À cette époque, la locution « estre en dangier d'aucun » signifiait « être au pouvoir de quelqu'un, à sa merci » dans le sens de « être dépossédé de soi ». Au Moyen Âge, on utilisait l'expression « l'amoureux est au dangier de sa Dame ». Au XIV^e siècle, les termes « danger » et « dangereux » apparaissent avec le sens de « péril » et « difficile »⁸. Il est intéressant de noter que le sens premier de « danger » est lié au fait d'être dominé par une force ou une autorité, comme le fou fut parfois suspecté d'être possédé par une force mystérieuse. L'expression « un fou dangereux » apparaît plus tard et reste populaire actuellement.

Au départ, la notion de dangerosité n'est pas apparue pour résoudre la question de l'internement non volontaire dans un asile d'aliénés mais est née de la nécessité pour les juristes de pouvoir trouver les signes avant-coureurs d'une récidive chez un criminel avéré ou une explication à certains crimes incompréhensibles.

Y-a-t-il des individus intrinsèquement dangereux ? À quoi les reconnaît-on ? Comment réagir à leur présence ? Telles sont les questions pour lesquelles des ébauches de réponses ont abouti à la création de la notion de dangerosité.

Michel Foucault⁹ montre comment, particulièrement dans les affaires pénales, la notion d'individu dangereux se développe en France au début du XIX^e siècle. Il explique comment vers les années 1820 la notion de *crime monstrueux* émerge. Ce dernier met en scène un individu coupable d'un acte criminel sans signes annonciateurs évidents. L'acte violent est souvent commis à l'encontre d'une personne de la famille ou du voisinage proche, il est accompli sans raisons ni motifs, ni intérêt apparent ; il apparaît « contre nature ». Face à de tels crimes, les juges se sentaient impuissants à décider une sanction sans avoir déterminé les motifs d'un acte apparemment incompréhensible. Les juges recouraient alors aux aliénistes car la responsabilité est liée à l'intelligibilité

⁸ *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert [Paris], 1992.

⁹ Michel FOUCAULT, « L'évolution de la notion d'individu dangereux dans la psychiatrie légale », *Déviance et société*, 1981, 5 (4), pp. 403-422.

d'un acte, au caractère et aux antécédents de la personne. L'irresponsabilité d'un individu, quant à elle, paraissait prouvée par le caractère non nécessaire et gratuit du geste commis.

Face à un acte inexplicable pour lequel la responsabilité devait être établie, on s'est intéressé à la personnalité de son auteur : « Qui êtes-vous ? », demande le juge au criminel. On s'est mis à chercher à adapter les modalités de punition à la nature du criminel.

La volonté de comprendre la nature du criminel et les raisons de son crime, de même que l'impact social provoqué par ces crimes monstrueux contre nature et sans mobiles identifiables, expliquent vraisemblablement, en partie, pourquoi des médecins aliénistes ont été sollicités.

À la même époque, on reconnaît un statut de maladie aux troubles mentaux désignés par le terme d'aliénation mentale et celle-ci devient un objet scientifique pour les médecins. Par exemple, Étienne Esquirol décrit en 1838 une nouvelle entité nosologique, la « monomanie homicide »¹⁰, dans laquelle l'acte criminel est considéré en lui-même comme le signe d'une aliénation mentale.

La science médicale devait venir au secours de la justice soucieuse de châtier le criminel selon la loi, en expliquant la folie d'une part (le diagnostic, littéralement la connaissance de la maladie), en prévenant (la prophylaxie) et en prédisant (le pronostic) d'autre part, toutes trois fonctions dévolues à la médecine, une fois un phénomène reconnu comme pathologique¹¹.

Par leurs interventions, les aliénistes de l'époque ont permis à la psychiatrie de faire entrer dans son champ la criminalité et ont ainsi contribué à l'émergence de l'anthropologie criminelle avec Cesare Lombroso, créateur du concept de criminel-né¹². Cet auteur contribua largement à alimenter le débat autour de la dangerosité. Médecin de formation, il élabore sa conception du criminel-né¹³, intrinsèquement dangereux et prédestiné au crime. L'étude des

¹⁰ Étienne ESQUIROL, 1838, *op. cit.*

¹¹ Dominique BARBIER, *La dangerosité*, Toulouse [Privat], 1991.

¹² Louis ROURE, *L'état dangereux, aspects sémiologiques et légaux*, Paris [Masset], 1991.

¹³ Cesare LOMBROSO, *L'homme criminel*, Paris, 1887.

crânes d'assassins lui fournit la conviction que le criminel-né est porteur de stigmates physiques auxquels correspondent des tares psychiques, responsables de comportements délictueux et criminels. L'individu aurait été retardé dans son développement. Les stigmates physiques, signes de dégénérescence, seraient des restes de nos lointains ancêtres, les primates. Il crée les termes de «périculosité» et de «témébilité» pour définir la dangerosité. La «témébilité» correspond à une «corruption permanente et active chez un délinquant». Elle se définit aussi par «la mesure des méfaits auxquels il faut s'attendre de la part d'un délinquant». Cette «témébilité» des criminologues correspond au concept d'état dangereux des psychiatres depuis la Loi française de 1838 sur le régime des aliénés. Lombroso rejoint avec ses idées des théories fondamentales de l'époque, en particulier celle de la «dégénérescence», élaborée depuis les années 1850 par, entre autres, Bénédict-Augustin Morel¹⁴ et Valentin Magnan¹⁵.

Selon Senninger¹⁶, le champ de la théorie psychiatrique a accaparé, au début du XIX^e siècle, la notion de dangerosité. Pour lui, la psychiatrie moderne se fonde d'une part sur des questions d'ordre médico-légal apparues suite à l'inscription dans la Constitution française de 1810 du principe du libre-arbitre (et conséquemment de la notion de responsabilité), et d'autre part sur la notion plus ancienne et archaïque de danger. En résumé, «le discours psychiatrique, tout autant que l'organisation psychiatrique, fera de la dangerosité son élément structurel essentiel».

Pour en venir à l'application pratique de la notion de dangerosité comme critère d'entrée non volontaire dans un hôpital psychiatrique, on notera d'abord une importante différence entre l'attitude européenne et celle des psychiatres des États-Unis. En effet, pour eux, depuis le milieu du XIX^e siècle et jusqu'à la fin des années soixante, la raison permettant l'internement n'était pas

¹⁴ Bénédict-Augustin MOREL, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris [Baillière], 1857.

¹⁵ Voir par exemple, Valentin MAGNAN, Marcel LEGRAIN, *Les dégénérés, état mental et syndromes épisodiques*, Paris [Ruef], 1895.

¹⁶ Jean Louis SENNINGER, «Dangerosité, étude historique», *L'information psychiatrique*, 1990, 7, pp. 689-696.

la dangerosité mais le «besoin de traitement», (*need for treatment*)¹⁷. Monahan¹⁸ explique comment s'est développé dans les années soixante un débat au sujet de l'internement non volontaire. La conséquence en fut l'abandon du motif utilisé jusque-là – le besoin de traitement – estimé trop imprécis, et son remplacement par la notion de dangerosité. Les uns jugeaient l'ancien critère suffisamment vague pour permettre des internements arbitraires, et opposé au principe de la liberté individuelle¹⁹. Les autres, préférant conserver l'ancienne notion du besoin de traitement, prétendaient au contraire que la mention de dangerosité n'allait pas rendre les modalités d'internement plus rigoureuses. De plus, certains psychiatres s'y opposaient car ils craignaient de se voir attribuer un rôle non de soignants mais de gardiens de l'ordre social et ils défendaient l'opinion selon laquelle un certain nombre de patients non dangereux risquaient d'être privés de soins, bien que fort atteints dans leur santé mentale²⁰.

Depuis lors aux États-Unis, les critères requis pour l'internement non volontaire d'un individu exigent premièrement qu'il présente un désordre mental (*mental disorder*) et deuxièmement qu'il soit dangereux pour lui-même ou pour autrui ou bien dans l'incapacité de subvenir à ses besoins de base (*gravely disabled*).

Selon Segal²¹, les opposants au principe du «besoin de traitement» argumentent que les standards de dangerosité appliqués incitent à négliger les patients les plus sévèrement atteints et favorisent l'internement des individus moins malades

¹⁷ Steven K. HOGE et al., «Limitation on Psychiatrists' Discretionary Civil Commitment Authority by the Stone and Dangerousness Criteria», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1988, 45, pp. 764-769.

¹⁸ John MONAHAN, Saleem A. SHAH, «Dangerousness and Commitment of the Mentally Disordered in the United States», *Schizophrenia Bulletin*, 1989, 15 (4), pp. 541-553.

¹⁹ Steven K. HOGE et al., 1988, *op. cit.*

²⁰ Steven K. HOGE et al., «An Empirical Comparison of the Stone and Dangerousness Criteria for Civil Commitment», *American Journal of Psychiatry*, 1989, 146, pp. 170-175.

²¹ Steven P. SEGAL et al., «Civil Commitment in the Psychiatric Emergency Room. II Mental Disorder Indicators and Three Dangerousness Criteria», *Archives of General Psychiatry*, 1988, 45, pp. 753-758.

mais plus dangereux. En effet, un individu dangereux ne l'est pas forcément en raison d'une maladie mentale. Segal montre par ailleurs dans son étude qu'il y a une corrélation positive entre les atteintes mentales les plus graves et la dangerosité perçue. Une autre critique consiste à dire que la notion de dangerosité, introduite dès 1969 en Californie, puis dans tous les autres états du pays, place la protection de la société au-dessus de l'intérêt du patient. L'expérience a également montré que la dangerosité n'est pas une notion prêtant à une évaluation objective et qu'elle ne simplifie pas le problème de l'internement non volontaire.

Suite à ces débats et au constat que la notion de dangerosité ne résolvait pas plus complètement le problème de l'internement non volontaire que l'ancien critère du besoin de traitement, le Dr Alan Stone proposa en 1976 une série de cinq critères²² dans lesquels la notion de danger pour soi-même ou pour les autres est abandonnée. Ce sont: 1. un diagnostic psychiatrique de désordre mental grave doit être posé; 2. le pronostic immédiat doit être tel que le patient se trouverait dans un état de grande détresse (*major distress*); 3. un traitement efficace doit être disponible; 4. le refus éventuel de traitement du patient ne peut être pris en considération que si celui-ci dispose de sa capacité de discernement; 5. une personne responsable dans le même état accepterait le traitement.

Les propositions d'Alan Stone, contestées parce que jugées trop restrictives, ont cependant servi de base pour les recommandations faites par l'Association américaine de psychiatrie qui en a modifié quelque peu le contenu. Le point principal qui diffère des propositions de Stone est que la notion de dangerosité est maintenue comme motif d'internement non volontaire. L'APA²³ propose: 1. il faut qu'il y ait un trouble mental grave. 2. il existe une perspective raisonnable de traitement. 3. la personne refuse une admission volontaire ou est incapable d'y consentir. 4. la personne ne parvient pas à prendre une décision en toute connaissance de cause malgré les informations données. 5. en

²² Steven K. HOGE et al., 1988, *op. cit.*

²³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, « Guidelines for Legislation on the Psychiatric Hospitalization of Adult », *American Journal of Psychiatry*, 1983, 140, pp. 672-679.

raison du trouble mental, la personne peut se nuire à elle-même, souffrir d'une détérioration mentale ou physique substantielle, ou encore nuire à autrui.

Actuellement aux États-Unis, chaque état dispose de sa propre loi concernant l'internement non volontaire. Ni les propositions de Stone ni celles de l'APA ne sont introduites complètement, mais toutes les législations s'en inspirent et ont abandonné le seul critère ancien du besoin de traitement. La notion de dangerosité est, quant à elle, sous une forme ou sous une autre, adoptée par la législation de tous les états²⁴.

Revenons, pour terminer, à la situation du canton de Vaud. On l'a déjà vu, contrairement aux États-Unis, la notion de danger existe dans les textes de la loi vaudoise dès le début du XIX^e siècle. Un individu doit être considéré comme dangereux pour qu'un médecin puisse demander l'internement non volontaire dans un asile d'aliénés. Actuellement, le certificat d'admission non volontaire n'est valable que si le danger y est explicitement décrit. Il nous a paru intéressant de voir dans quelle mesure cette notion est retrouvée dans les certificats contenus dans les dossiers. Nous n'avons pas seulement tenu compte des cas dans lesquels le danger est clairement explicité, mais également de ceux dans lesquels une menace de danger est nettement perçue. Nous obtenons le graphique ci-dessous.

Dans un tiers seulement des dossiers le danger est mentionné ou bien suggéré fortement. Seule la première décennie du siècle nous montre que les médecins signalaient dans une plus forte proportion le danger de l'individu à interner (46%). Cela est lié à la présence, dans ces années-là, d'une déclaration de maladie mentale comportant une rubrique spécialement réservée à la dangerosité. Une fois ce type de formulaire épuisé, nous retrouvons la même proportion qu'auparavant.

La notion de dangerosité a joué un rôle très important dans la plupart des débats sur les hospitalisations non volontaires ; elle

²⁴ Robert D. MILLER, "Need for Treatment Criteria for Involuntary Civil Commitment: Impact in Practice", *American Journal of Psychiatry*, 1992, 149, pp. 1380-1384.

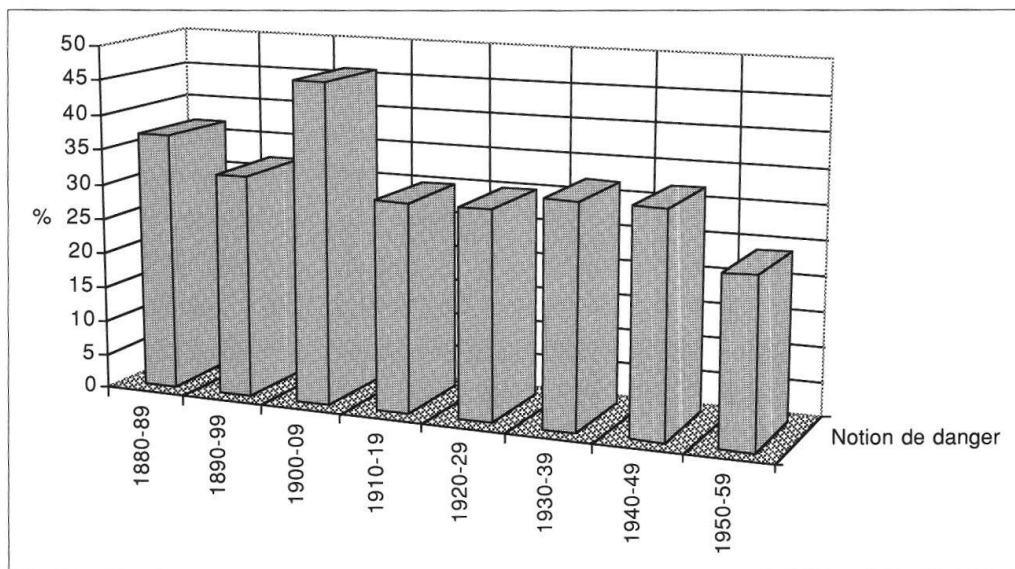


Figure 6: Évolution de la mention de dangerosité dans les demandes d'admission.

était de plus légalement obligatoire, et pourtant, dans les deux tiers des cas, on ne la retrouve pas dans la quotidienneté des demandes d'admission effectivement réalisées.

En conclusion on notera que l'analyse quantitative et systématique d'un certain nombre de paramètres contenus dans les dossiers de patients nous apporte des éléments indispensables à la compréhension de l'évolution globale de la psychiatrie, dont les textes législatifs et les débats ne suffisent pas à rendre compte. Cette étude reste pourtant insuffisante pour comprendre les processus. Une analyse qualitative d'un petit nombre de dossiers, de quelques exemples significatifs, paraît indispensable.

ANNEXES

Extraits des textes de la Loi vaudoise cités dans l'article

Décret du 18 mai 1810.

Art. 1 :

Il y a un hospice cantonal, *une maison d'aliénés* et un établissement pour les incurables.

Dans la maison des aliénés sont reçus les aliénés des deux sexes, dont l'existence dans leurs familles et dans la société devient pénible et *dangereuse*, ou qui laissent un espoir probable de guérison.

Dans l'établissement pour les incurables sont reçues les personnes atteintes de maladies graves non récentes réputées incurables et dont la présence dans leurs familles ou dans la société devient, par le genre de leur maladie, un objet de dégoût, d'effroi ou même de *danger*.

Loi du 23 mai 1939 sur les malades mentaux et autres psychopathes.

Art. 1 :

La présente loi s'applique aux malades mentaux et autres psychopathes (infirmes mentaux, toxicomanes, alcooliques, etc.), dont l'état présente des *dangers* pour eux-mêmes, autrui, l'ordre public ou les bonnes mœurs.

Art. 14 :

L'admission dans un établissement officiel ou privé ou chez un particulier peut être demandée ou requise d'office.

Art. 15 :

L'admission peut être demandée :

- a) Par le malade lui-même.
- b) Par son représentant légal.
- c) Par tout membre de sa famille.

Art. 16 :

Toute demande d'admission doit être écrite et signée. Elle doit être accompagnée :

- a) D'un acte officiel établissant l'état civil, le domicile et l'adresse du malade.
- b) D'un certificat médical attestant l'existence de troubles mentaux, la nécessité du traitement ou de la mise en observation (art. 24).

Art. 17:

Pour les malades militaires, la feuille de route dûment remplie équivaut à la demande d'admission et au certificat médical réunis.

Art. 18:

Les établissements spécialisés ainsi que non spécialisés peuvent admettre des pensionnaires libres, à la condition que ceux-ci ne constituent pas un obstacle au traitement des malades internés, à la bonne marche de l'établissement, ni un danger pour l'ordre public et les bonnes mœurs.

Le pensionnaire libre est dispensé d'accompagner sa demande d'admission des pièces prévues à l'article 16.

Art. 23:

Le certificat médical est fondé sur l'examen personnel du malade, pratiqué quinze jours au plus avant la demande d'admission, par un médecin étranger à l'établissement. Ce médecin ne peut être ni membre du conseil de santé, ni parent, ni allié, ni représentant légal du malade, ni intéressé de quelque manière dans l'établissement en cause.

Art. 24:

Le certificat médical n'est pas nécessaire:

- a) Lorsque l'admission est demandée par le malade lui-même.
- b) Dans le cas prévu à l'article 17.
- c) Dans les cas de mise en observation judiciaire.
- d) Dans les cas de placement ordonnés d'office par le Conseil d'État, à la fin d'une mise en observation judiciaire.

Art. 25:

L'admission peut être requise d'office par l'autorité judiciaire, par la municipalité du domicile ou de la commune de bourgeoisie du malade, par la direction d'un hôpital, d'une clinique, d'une infirmerie, d'un établissement pour alcooliques, par les préfets, par le Ministère public, par les Départements de l'Intérieur et de Justice et Police, ainsi que par le Conseil d'État.



*Atelier de couture pour les dames à l'Asile psychiatrique de Cery,
vers 1940 [Archives de Cery]*