

H

L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS

DANS

LEUR CONVALESCENCE

(Étude Morale, Statistique et Clinique)

PAR

FERNAND BOUFFARD

Docteur en médecine de la Faculté de Paris

PARIS

G JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

—
1906

81



L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS

DANS

LEUR CONVALESCENCE





19352
17965

L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS

DANS

LEUR CONVALESCENCE

(Étude Morale, Statistique et Clinique)

PAR

FERNAND BOUFFARD

Docteur en médecine de la Faculté de Paris

PARIS

G JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

—
1906

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELAUNAY

Directeur de l'École de Médecine de Poitiers

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique des Maladies du système nerveux

AVANT-PROPOS

La loi de 1838 sur les aliénés constitua à l'époque un progrès immense. Elle donnait à l'aliéné la qualification de malade et s'efforçait de « lui assurer bon gîte et bon traitement, de lui garantir le respect de sa liberté, le cas échéant » (Legrain). Mais, partant de l'idée régnante, à l'époque de l'incubité fréquente de l'aliénation mentale, elle ne s'est pas occupée de la question de convalescence, qui devait se poser par la suite, par suite même des effets obtenus par la dite loi.

Pourtant le nombre des aliénés convalescents ne manque pas d'être imposant. Dans une statistique récente, citée par le Dr A. Marie, nous voyons que :

Le nombre moyen des admissions annuelles dans les asiles de la Seine est de 3.600, dont 3.350 par admission pour la première fois, et 250 déjà antérieurement placés (dont 50 alcooliques, toujours les mêmes).

La moyenne annuelle des sorties pour la Seine est de 2.000 pour 13.657 aliénés traités (dont 800 femmes et 1.200 hommes).

Ces sorties sont presque toujours faites parmi les aliénés placés dans la Seine même, au nombre de 8.210.

L'autre portion des aliénés de la Seine, placés en province, au nombre de 5.447 ne donne annuellement qu'une centaine de sorties. Ce qui s'explique par ce fait que le contingent

transféré en province se compose surtout de chroniques, alors que le maximum des guérisons dans la folie s'observe dans le cours des deux premières années.

Les sorties se subdivisent à peu près par parties égales en sorties par guérison, et sorties par amélioration. Ce qui fait un peu plus d'un douzième environ de guérisons par rapport à l'effectif (13.657) et encore sur ce millier de guérisons un quart rentre annuellement par rechutes.

Il ressort de cette statistique que 2.000 aliénés de la Seine environ sortent annuellement, et si l'on remarque que le contingent de malades aliénés de la Seine équivaut au cinquième du total des aliénés de France, c'est environ pour tout le pays, c'est-à-dire sur 35 millions de Français, 10.000 aliénés sortant chaque année en liberté. Les uns vont trouver dans les familles le calme et les soins qui leur sont nécessaires, mais c'est un infime minimum, étant donné qu'il s'agit de malades d'une classe modeste et peu fortunée. La grande majorité va retrouver une vie plus rude qu'avant, dans une société qui se ferme devant elle comme devant un paria, et alors que sa situation antérieure est le plus souvent perdue ou irrémédiablement compromise par les mois de traitement dans l'asile. On se méfie de l'aliéné guéri, on repousse ses demandes, son certificat de sortie est le sésame ouvre-toi, qui fait fermer toutes les portes. De refus en rebuffades, il aboutit à l'acceptation de ces métiers ouverts à tous, et dangereux (plomb, phosphore) où il s'intoxique, ou de ces métiers fatigants et malsains de crieurs de journaux ou portefaix.

Comment s'étonner qu'ils rechutent ?

Contre ce triste état de choses, la charité privée a organisé l'œuvre des patronages. Nous voulons, dans ce modeste ouvrage, étudier leurs origines, leurs bénéficiaires, leurs résultats. Nous espérons réussir à faire un travail impartial et clair. Ce sera le résultat des bons conseils que nous a

donnés M. le Dr Marie, médecin en chef de l'asile de Villejuif, et secrétaire général du Patronage des aliénés sortis des Asiles et Hospices de la Seine; nous lui en sommes particulièrement reconnaissant.

Nous remercions aussi nos maîtres de Poitiers, MM. Delaunay, directeur de l'école de médecine de Poitiers, Chrétien, Faivre, Buffet-Delmas; Berland, Roland, Brossard, Petit, qui nous ont guidé dans nos premières études médicales. Nous remercions encore M. le professeur Budin, qui, à Paris, fut notre maître en matière d'accouchements et de gynécologie et dont nous conservons un souvenir précieux de l'intérêt bienveillant qu'il voulut, en toutes circonstances, nous témoigner; M. le professeur Kirmisson qui nous fit bénéficier de son savant enseignement clinique, et enfin M. le professeur Raymond qui a droit à notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Tant que la folie n'était pas considérée comme une maladie somatique entièrement assimilable aux autres, il ne pouvait être question de cure ni de convalescence.

Le possédé était traité par l'exorcisme ; ou bien celui-ci échouait et l'on détruisait les diables réfractaires, contenu et contenant, possédé compris, ou bien l'exorcisme réussissait et le démon s'enfuyait du cerveau malade comme le peignent les vieilles estampes et enluminures du temps.

Cependant, les exorcistes envisageaient la possibilité d'une évacuation progressive des diables, l'élimination pouvant n'être que partielle, et l'exorcisme devait être suivi d'autres, ou de retraites complémentaires, afin de parfaire l'élimination des démons de moindre importance et de purifier leur victime.

Les chanoines du chapitre de Sainte-Dymphne à Gheel notaient sur des registres *ad hoc* les signes particuliers de chaque cas soumis à leurs exorcismes et à l'action curative de la basilique.

Les soins complémentaires de cette convalescence post-exorciste étaient réglés par le chapitre, suivant des règles fort sages, et plus inspirées au point de vue somatique qu'on ne le croirait à l'époque, et même d'une compréhension rare des besoins de l'aliéné convalescent.

Les vieux registres de l'église de Gheel en font foi. Quoi qu'il en soit, on le voit, dès l'époque médiévale, l'assistance familiale naquit du besoin d'assurer un régime valétudinaire aux aliénés convalescents après l'exorcisme.

A mesure que s'établit la notion de la vraie nature morbide de la folie, le corps médical put traiter l'aliéné en malade et étudier les moyens d'assurer sa convalescence.

Les anciens maîtres, Pinel, Esquirol entre autres, l'enseignent déjà et prescrivent les voyages, les distractions à leurs malades convalescents sortants de l'Asile.

« Il est, dit Esquirol, des aliénés qui guérissent au sein de leur famille... L'isolement, comme tous les moyens curatifs, ne doit être prescrit que par des praticiens. Je vais plus loin, l'isolement a été funeste à quelques malades ; il faut être réservé quand on l'ordonne, surtout quand on le prolonge ; il est de la nature des choses que ce qu'il y a de meilleur et de plus utile n'est pas toujours exempt d'inconvénients. »

Le repos, la distraction, les voyages à la sortie de l'Asile étaient des règles applicables seulement aux aliénés riches, et l'aliéné ordinaire n'en pouvait bénéficier.

Les auteurs de la loi de 1838 omirent de prévoir un mode de transition entre l'internement qu'ils décrétèrent et la sortie pure et simple qu'ils réglementèrent par les articles 13 et 14 de cette loi. Les textes sont muets en ce qui concerne les sorties avant guérison, hormis les cas de placements volontaires directs ; encore est-il qu'ici, lorsqu'il est question de sortie, il ne s'agit pas de sortie provisoire, mais bien de libération définitive.

C'est le Dr Cazanvielh, ancien interne de la Salpêtrière, qui paraît avoir le premier, en France, exprimé l'idée d'un patronage transitoire de convalescents, dans son livre intitulé : *Du suicide, de l'aliénation mentale et du crime contre les personnes, comparés dans leurs rapports réciproques* :

« Je dois avouer avoir une pensée pénible, qui n'est cependant pas sans expérience ; c'est que, dans quelques localités, et à Paris surtout, le sort des criminels occupe vivement la sollicitude des philanthropes qui, après avoir travaillé à l'amélioration du sort de ces malheureux, au développement de leur intelligence et à la conservation de leur santé, continuent leur protection à ceux qui sortent des prisons, soit après un acquittement, soit au terme de leur peine ; mais les aliénés qui sortent des établissements où ils ont été traités pendant un an et plus, sont délaissés dans les campagnes, sans asile et sans occupation. Pourquoi ne trouveraient-ils pas les ressources que la philanthropie offre aux criminels ?

« Que les hommes qui aiment à faire le bien s'empresent donc à former des sociétés protectrices des malheureux aliénés que la misère et le mépris dont ils sont si souvent accablés provoquent à de funestes rechutes ».

Le 7 octobre 1842, David Richard, directeur de l'asile de Stéphansfeld lut, au Congrès scientifique de France (10^e session, tenue à Strasbourg), un mémoire intitulé : *Du régime moral dans les asiles d'aliénés, et de la nécessité d'un patronage pour les aliénés indigents guéris*.

L'auteur préconise, comme moyen de traitement, le travail libre et volontaire. Puis il combat le préjugé de l'incurabilité de la folie et s'appuie sur le nombre des guérisons sans rechute obtenues à Stéphansfeld ; il termine ainsi son mémoire :

« Ce préjugé (de l'incurabilité) n'est pas seulement faux : il est funeste et porte des fruits amers, surtout pour les indigents. Depuis la loi bienfaisante de 1838, loi longtemps réclamée et qui honore notre pays, les soins les plus protecteurs sont assurés aux infortunés de la classe pauvre qui tombent en aliénation mentale. C'était une dette que jusqu'alors la société n'avait point payée ou qu'elle avait mal payée. Mais

ce n'est pas assez de leur avoir ouvert les Asiles ; il faut qu'au sortir de ces établissements, ils ne trouvent pas une société prévenue contre eux, une société marâtre par indifférence, cruelle par préjugé.

« ...Quand l'aliéné indigent sort joyeux de l'Asile, ayant recouvré la raison, il pense qu'on va se réjouir avec lui, l'aider à reprendre ses travaux, soutenir sa vie. Qu'il se trompe cruellement ! On ne veut pas croire à sa guérison, on le poursuit de l'épithète injurieuse de fou ; on interprète défavorablement toutes ses actions, toutes ses paroles, on lui refuse toute confiance, la peur lui ferme toutes les maisons où il pourrait trouver du travail, et il reste isolé, bafoué, sans ressources, désespéré ; sa tête s'égaré, il cherche un remède à ses maux dans le suicide, ou est renvoyé à l'Asile où il n'aurait jamais dû rentrer.

« Plus d'une fois j'ai appris avec douleur la triste fin de malades qui m'avaient quitté pleins de santé et de courage ; plus d'une fois j'ai dû repousser les sollicitations d'autres aliénés qui me conjuraient de les recevoir de nouveau au milieu des insensés auxquels ils n'appartenaient plus.

« Il y a donc urgence à établir dans chaque département des patronages chargés de suivre, d'encourager, de secourir les aliénés indigents que repousse le fatal préjugé ».

En cette même année 1842, Falret père et l'abbé Christophe, aumônier de la Salpêtrière, fondèrent une société de patronage pour les aliénées indigentes sortant du service Falret ; en 1843, Baillarger et Mitivié se joignirent à eux.

Des difficultés d'ordre pécuniaire empêchèrent longtemps dans les Asiles d'aliénés la création d'œuvres analogues à celle de Falret. Mais, malgré le silence de la loi de 1838 sur la question de la convalescence, on songea à entr'ouvrir les portes de l'asile pour permettre à l'aliéné convalescent de reprendre progressivement le contact de la vie sociale. C'est le rôle des sorties d'essai, irrégularités sinon autorisées, du

moins tolérées jusqu'en 1846 où M. le Préfet Delessert, qui avait autorisé de petits congés, les supprima tout à coup à la suite d'un incident causé par un malade appartenant au service du Dr Trélat.

Ce n'est qu'en 1875 que le Préfet F. Voisin consentit à fermer les yeux sur les tentatives de réintégration provisoire au sein des familles.

L'article 170 du règlement de 1837, sur le service intérieur, dit :

« Aucun aliéné ne peut faire de promenade extérieure s'il n'est accompagné d'un infirmier ou d'une infirmière, ou s'il n'est confié à un parent ou à un ami qui prend la responsabilité de la surveillance du malade au seuil de l'établissement.

« La permission de sortie, délivrée par le médecin en chef et visée par le directeur, doit mentionner le nom de la personne qui accompagnera le malade et déterminer la durée de l'absence ».

Le règlement spécifie nettement que le médecin et l'administration restent responsables pendant la sortie accompagnée.

« Ce n'est cependant souvent qu'après plusieurs essais, observe Renaudin en 1863, dans ses commentaires de la loi de 1838, que le médecin peut, en parfaite connaissance de cause, déterminer les chances d'améliorations qui peuvent résulter de la sortie, les avantages souvent contestables de la vie de famille incompatible avec l'état du plus grand nombre, et enfin la nécessité de maintenir l'isolement.

De 1864 à 1865, la Société médico-psychologique se consacra à l'étude des meilleurs modes d'assistance pour les aliénés, et à cette occasion de nombreux témoignages appelèrent l'attention sur la convalescence.

Le docteur Bonnet dit : « La folie aiguë deviendrait très souvent chronique si l'on attendait la guérison complète pour

faire sortir les malades, leur rétablissement s'achevant mieux au sein de leur famille ». Il souhaite une organisation des Asiles propre à diminuer la promiscuité des aliénés, qui devraient en quelque sorte être traités individuellement. Dès qu'une amélioration se produit, il faut essayer d'envoyer les malades dans leur famille, ou les faire habiter avec les employés de l'Asile.

MM. Baillarger et Girard de Cailleux signalent que dans plusieurs Asiles on use des sorties d'essai, mais en raison de l'irrégularité de la mesure, ces sorties sont en réalité des élargissements définitifs avant guérison.

Girard de Cailleux déplore que, dans l'état actuel de la loi, les Asiles soient obligés, par intérêt pour les malades qu'il serait inhumain d'abandonner à eux-mêmes, de les garder trop longtemps, et même au-delà de la guérison.

« L'assistance sociale de l'aliéné est toute à créer. Il faudrait des quartiers de convalescence pour ces malades qui n'ont plus besoin de l'Asile, mais qui ont besoin encore d'une protection avant d'entrer sans risques dans la vie ordinaire ».

Pour M. Delasiauve, la solution est dans la colonisation familiale. De la colonie les malades pourraient être envoyés dans leur famille, à titre d'essai, lorsqu'on hésite sur leur libération définitive.

Parallèlement, M. Delasiauve rêve de quartiers ouverts de convalescence communaux pour les aliénés. Là il n'y aurait pas la nécessité de rompre les relations habituelles du malade. Ces hospices seraient une douce transition. Une commission municipale serait l'organisme chargé des intérêts des malades et de leur assistance.

Foville s'est montré partisan du secours en argent prélevé sur le budget de l'Asile pour les aliénés dans leur famille. Par ce procédé on réduirait d'un dixième la population des fous internés. Foville, en particulier, définit très nettement

le rôle des médecins cantonaux, qui seraient la cheville ouvrière de l'assistance de l'aliéné en liberté avant guérison.

Dans le grand rapport de 1874 sur le service des aliénés, aux inspecteurs généraux Constans, Lunier et Dumesnil, le desideratum de la sortie d'essai se trouve nettement posé. « On y devine, dit Legrain, l'embarras de praticiens pris entre d'impérieuses exigences cliniques et une législation décidément insuffisante.

« Quand un aliéné, placé par sa famille dans un Asile, paraît à peu près, sinon complètement guéri, il est utile, dans certains cas, de le remettre, à titre d'essai, entre les mains de ses parents, et cette sortie peut se prolonger pendant une ou plusieurs semaines ».

Il semblerait rationnel que les médecins d'Asile fussent autorisés d'une manière générale à mettre en liberté, à titre d'essai, les malades pour lesquels ces sorties provisoires leur paraîtraient de quelque utilité. Avis en serait donné au Préfet et mention en serait faite sur le registre légal ; mais les malades auxquels ces sorties seraient accordées pourraient être ramenés à l'Asile sans qu'il fût nécessaire de fournir une seconde fois les pièces dont la production est prescrite par l'article 8 de la loi. Ces sorties provisoires ne pourraient, en aucun cas, se prolonger au-delà d'un mois.

Les inspecteurs signalent un certain nombre de directeurs médecins et de médecins qui ont été officieusement autorisés par le Préfet à agir comme il est dit plus haut, mais ce ne sont là que des *tolérances*. Ils souhaitent que la mesure devienne générale et en quelque sorte légale.

En 1879, Taguet écrit qu'entre la séquestration complète et la liberté absolue, il doit y avoir place pour un moyen terme, qui est précisément la sortie à titre d'essai

« Ce mode, dit-il, n'est pas prévu ; il n'est pas légal, je le veux bien, mais toute loi, si parfaite qu'elle puisse être, ne présente-t-elle pas une certaine élasticité sans laquelle elle

n'est pas viable ? » L'auteur pense que cette élasticité est implicitement comprise dans l'article 170 du règlement de 1857, (Promenades extérieures).

En 1883, M. Mottet, dans un travail où il examine le dispositif des sorties, selon la loi de 1838, insiste sur la teneur de l'article 14, où il est dit qu'en cas de sortie on doit faire connaître au Préfet le lieu où l'aliéné est conduit.

« Le législateur a voulu ainsi permettre à l'administration de suivre l'aliéné non guéri, sorti de l'Asile, et pouvant encore avoir besoin d'appui ». Principe très précieux en ce qu'il justifie l'intervention protectrice de l'administration vis-à-vis de l'aliéné même en dehors des Asiles. Tout un système de protection de l'aliéné libéré avant guérison pourrait être construit sur cette base (intervention de la commune, selon le système de Delasiauve).

A l'occasion du rapport au Sénat sur la législation des aliénés par Th. Roussel, une enquête générale fut faite dont la septième question avait pour objet : « Du traitement des aliénés inoffensifs et des secours à domicile ». Les résultats fournis ne furent pas favorables à une innovation libérale dans le cas qui nous occupe.

L'affirmation de Ferrus que tout aliéné est dangereux pesait encore visiblement sur l'opinion.

Chose curieuse, les préfets sont plutôt favorables à l'innovation de secours et traitements familiaux que le corps des médecins spéciaux. Plusieurs de ces derniers se prononcent contre tout traitement hors l'Asile, en se basant sur des expériences faites de renvois de tranquilles indigents, *sans secours à domicile*.

A Marseille, par exemple, on invoque l'insuccès du renvoi de 40 imbéciles et déments qui, pour la plupart sans famille, ne furent recueillis par personne et durent mendier (!). « En Loir-et-Cher, 30 aliénés inoffensifs sont confiés aux soins de leur famille, dit le docteur Védié ; presque tous furent réin-

tégrés. Il est vrai qu'aucun secours n'avait été alloué aux familles, mais je ne crois pas à l'efficacité de ces secours sans qu'on organise au dehors un service de surveillance qui n'existe pas. »

Telle est la note générale, c'est-à-dire confusion entre l'abandon sans secours et l'assistance familiale, et surveillance préalable réclamée pour les aliénés libres avec patronage de convalescence.

Le projet de loi pose néanmoins en principe les sorties d'essais pour convalescents, dans son article 51. Les projets ultérieurs de Bourneville, Reinach, Lafon et Dubiefont reproduisent ce même principe.

En 1884, nouvelle discussion à la Société médico-psychologique, sur le terme : « Des garanties à apporter à la sortie des aliénés ».

A ce propos, M. Falret reconnaît que le régime actuel peut entraîner abusivement le maintien de beaucoup d'aliénés à l'Asile par crainte très légitime du lendemain. Il fait un historique des sorties d'essai.

Elles ont eu lieu tout d'abord en province, de gré à gré avec les familles. A Paris, la préfecture de police s'y est opposée, mais semble aujourd'hui les admettre, sans toutefois vouloir intervenir. Ces essais sont utiles. S'ils ont des inconvénients, ils sont inférieurs aux avantages. M. Falret souhaite aussi que, tout aliéné n'étant pas un malade à séquestrer fatalement, on favorise la sortie des incurables inoffensifs.

MM. Voisin, Lunier, Foville, répondant à M. Legrand du Saulle, ont calmé ses inquiétudes en faisant passer par-dessus les catastrophes un peu chimériques l'intérêt bien compris de la majorité des malades.

Pour M. Christian, les sorties et congés sont un bienfait inappréciable. En les utilisant, le médecin donne à l'Asile la physionomie qu'il doit avoir réellement ; la prison devient

la maison de santé véritable. Quant aux sorties d'essai, il estime que le médecin seul doit en prendre la responsabilité.

En 1888, dans une étude remarquable de casuistique sur la mise en liberté des aliénés, le Dr Chambard réclamait l'usage officiel des sorties d'essai, ordonnées par le médecin, qui auraient sur l'internement une action suspensive, mais permettrait la réintégration par mesure de simple police. En vue de protéger certains aliénés qui, sortis non guéris, pourraient encore être exploités, la loi devrait prendre vis-à-vis d'eux, dès avant leur sortie, des mesures conservatrices. Enfin, on devrait pouvoir effectuer, sur la proposition du médecin, le placement direct dans un hôpital, un hospice ou un dépôt, des internés guéris ou même encore aliénés, mais inoffensifs et incapables de subvenir à leurs besoins.

Dans une deuxième étude sur le patronage des aliénés, le Dr Chambard estime qu'il y a lieu d'appliquer aux aliénés en voie de guérison un régime spécial de convalescence. Ce régime comporte l'usage d'une demi-liberté, mais, comme cette demi-liberté peut avoir des inconvénients, il ne faudrait pas rendre le médecin trop responsable des accidents éventuels. Malheureusement on ne peut graduer les responsabilités médicales comme les responsabilités atténuées auxquelles elles correspondent.

Le Congrès International d'Assistance publique de 1889 a entendu le grand rapport du Dr Kéroual sur les aliénés hors des Asiles, où l'auteur traite des sorties d'essai comme moyens modificateurs de l'aliéné. D'après Schuele sur la valeur et la recevabilité des sorties prématurées, il établit les règles de ces sorties. M. Kéroual se rallie au principe posé par Th. Rousset de la surveillance possible du traitement des aliénés à domicile. Les sorties d'essai supposent l'élargissement définitif des aliénés préalablement traités dans un Asile, avec des organismes de patronage complétant la loi.

C'est la sortie d'essai systématique des malades dont la

guérison paraît incompatible avec leur maintien à l'Asile (sorties prématurées thérapeutiques).

C'est en 1888 que fut fondée la Société de patronage des aliénés convalescents sortant des asiles de la Seine et des quartiers d'hospice ; sous l'impulsion de son initiateur, le Dr Bourneville, cette Société n'a cessé de fonctionner depuis, et c'est un groupe de ses membres, qui a organisé sous sa direction, le seul petit Asile ouvert, existant actuellement pour les aliénés indigents sortis guéris, dont nous parlerons plus loin.

« Les aliénés guéris, disait M. Monod en 1889 (Lettre du directeur de l'Assistance publique à M. le président du Conseil), et ceux dont l'état mental s'est suffisamment amélioré pour que leur sortie du lieu où ils étaient en traitement puisse être autorisée, sont fréquemment exposés à se trouver dans des situations de nature à amener des rechutes. Ceux dont l'affection mentale avait eu pour cause l'abus des boissons alcooliques reprennent leurs habitudes anciennes s'ils sont livrés à eux-mêmes ; le plus grand nombre, ne pouvant arriver à se procurer du travail, aussi bien à cause de leur état physique que de la méfiance dont ils sont l'objet, tombent dans une misère profonde.

« Privés de travail, privés des moyens de s'en procurer, les convalescents de l'aliénation mentale deviennent des récidivistes, parce que la société n'est pas venue à leur aide. Pour ces raisons, souvent le médecin hésite à mettre en liberté des individus convalescents, mais privés de toutes ressources, destinés à retomber dans le milieu qui a été la cause déterminante de l'affection ».

C'est à la suite de cette lettre, que le conseil d'Assistance Supérieure étudia pour la première fois la question et émit un vœu favorable aux patronages de convalescents, aux quartiers ouverts et aux intermédiaires entre l'Asile et la vie libre (1891).

Dix ans après, M. Monod revenait à la charge dans son rapport au ministre (11 février 1898).

« Ne conviendrait-il pas, sans modifier les prescriptions de la loi, d'étudier une organisation des Asiles donnant au médecin la facilité d'élargir dans une certaine mesure — avant faire droit, c'est-à-dire avant d'avoir acquis la certitude que la guérison est obtenue — le champ de son observation par le placement du malade dans un milieu sinon entièrement nouveau, du moins autre, meilleur que celui où il s'est trouvé depuis son placement, jusqu'au moment où une grande amélioration est survenue dans son état mental ?

« La tâche de chacun, du médecin, de l'administration ne serait-elle pas facilitée ? Outre le quartier des convalescents, le médecin accorderait à ces convalescents des permissions de sortie à titre provisoire, susceptibles d'être prolongées, le cas échéant ; l'amélioré confié soit à ses parents, soit à d'autres personnes, reprendrait peu à peu l'usage de sa vie libre et serait incité à mériter par la persévérance dans une conduite irréprochable sa mise en liberté définitive ».

A la suite de la nouvelle étude soumise au Conseil supérieur, plusieurs vœux décisifs ont été émis.

Le premier vœu est relatif à l'organisation de quartiers de convalescence pour les aliénés. La deuxième conclusion est relative aux sorties d'essai qui sont appliquées d'une façon si inégale et si irrégulière dans nos différents Asiles. La troisième conclusion sanctionne le principe posé par M. Legrain, à savoir que le milieu social a quelque chose à faire, qu'il ne fait pas encore, pour concourir à la guérison et à l'assistance des aliénés.

« Il s'agit de faire sortir des Asiles ceux qui sont devenus simples et faibles d'esprit, qui ne sont plus des aliénés au point de vue légal, et qui devraient être soignés dans des familles étrangères, à l'imitation de ce qui se fait à Dun-sur-Auron, en France, et à Gheel, en Belgique ».

Le quatrième vœu n'est que la confirmation du vœu précédemment adopté par le Conseil supérieur, en faveur de la création de sociétés de patronage en faveur des aliénés.

Il y a donc une série d'échelons successifs à prévoir pour le passage de l'internement à la vie libre.

A l'Asile même, c'est le quartier spécial destiné aux convalescents, quartier demi-ouvert en ce sens qu'il n'est affranchi ni des murs de l'Asile, ni des prescriptions légales de 1838 ; mais la discipline y est adoucie, la vie plus normale partagée entre le travail-traitement, les distractions et le repos, hors des promiscuités des quartiers ordinaires.

Les convalescents peuvent jouir de sorties plus ou moins longues à titre d'essai, pendant lesquelles se fait, à doses modérées, la réadaptation au milieu social.

La sortie prématurée dans la famille, quand elle peut s'y prêter, peut être excellente dans certains cas. Le placement familial dans une famille étrangère peut y suppléer.

Enfin, pendant la période où, sa convalescence quasi-terminée n'exigeant plus autant de soins, l'aliéné indigent, définitivement remis en liberté, est aidé moralement et pécuniairement par le patronage.

C'est le maniement, les résultats de ce dernier mode que nous étudions, ainsi que les améliorations à y apporter. Mais auparavant, nous donnerons un court aperçu sur la façon dont la question de la convalescence est résolue à l'étranger.

CHAPITRE II

SITUATION DE LA QUESTION A L'ÉTRANGER

A l'étranger, la question de la convalescence des aliénés constitue, selon les pays, un progrès plus ou moins marqué sur la France. Filles de la loi française de 1838, les législations étrangères ont souvent profité de la constatation de ses insuffisances, et donnent souvent à l'aliéné convalescent des points d'appui utiles. La coutume, les œuvres privées, le mode vital particulier coopèrent à donner à l'aliéné convalescent des moyens de guérison qui manquent souvent aux aliénés français. Dans certains pays, en Ecosse et en Angleterre par exemple, la conception différente de l'Asile d'aliénés permet l'application d'une thérapeutique éminemment profitable, l'*open-door*, également appliqué en Allemagne pour des motifs différents. Les pays anglo-saxons, épris de liberté individuelle se sont les premiers engagés dans cette voie, et c'est en Ecosse, cette terre bénie des aliénés, qu'est né le système de l'*open-door*. Le parc est sans clôture, les grands agités seuls sont maintenus dans les pavillons. Les autres, choisis avec soin et discrètement surveillés sont libres de circuler sur parole. Ils prennent l'engagement de ne pas dépasser un certain rayon, et le tiennent. Le placement familial (*private dwelling system*) fonctionne parallèlement comme un auxiliaire, et souvent avant de libérer un malade presque guéri, on l'essaie

en l'envoyant dans une famille. Le docteur Toulouse note parmi les avantages médicaux de ce système « le retour de l'aliéné dans un milieu social normal et, par conséquent, la possibilité de recouvrer l'énergie perdue à l'Asile par le contact de la vie laborieuse et stimulante et la possibilité de gagner un salaire ». — Il y a en Ecosse environ 3.000 aliénés en colonies familiales, 8.000 dans les Asiles publics — dont beaucoup jouissent de l'*open-door* — et 2.000 dans les Asiles privés, *poor houses*, etc...

En Angleterre, le régime de l'*open-door* ne jouit pas de la même faveur, mais la condition des aliénés est cependant meilleure qu'en France. On y pratique le placement familial, mais de manière plus restreinte qu'en France, le médecin peut donner des congés de 48 heures aux malades des Asiles, et des congés illimités aux aliénés en convalescence ; ces congés illimités sont d'un usage très fréquent. La dernière loi est de 1890.

En Angleterre, l'assistance des aliénés à leur sortie des Asiles est de date récente et n'a encore réellement été organisée que pour les femmes.

Les principaux promoteurs de cette œuvre sont en 1871 et 1879 le révérend H. Howkins, et, cette même année, les docteurs Bucknill, Lockart, Robertson et Hack-Tuke. Ils fondèrent l'*after care association*, pour les aliénés pauvres et sans soutien à leur sortie des Asiles.

Cette société comprend des membres associés, des membres annuels, des membres honoraires. Les cotisations annuelles sont de 5 schillings, une cotisation une fois faite variant entre 63 et 252 francs donne les titres de membres associés et honoraires.

La société secourt les convalescentes de la façon suivante :

1° En leur procurant, si c'est nécessaire, un changement momentané d'air et d'habitation, soit pour le placement dans

une maison de convalescence, soit par le *boarding out*, à la campagne, avec surveillance et soins appropriés.

2° En leur distribuant de l'argent et des vêtements.

3° En leur procurant une place.

En Belgique, où la célèbre colonie de Gheel date de près d'un siècle, la législation proprement dite a été refondue et améliorée en 1874. Elle prévoit la sortie d'essai avant la libération définitive. Si les Asiles ne sont pas particulièrement remarquables, les colonies de Gheel et de Lierneux peuvent être considérées comme hors de pair, tant par les résultats obtenus que par le nombre des malades. Pendant l'année 1897, il y avait en Belgique 8.696 aliénés placés dans les Asiles fermés, 2.392 dans les colonies familiales, 1.829 dans leurs familles. Les colonies familiales renferment un nombre plus important de femmes que d'hommes. En général, les aliénées atteintes de psychoses dépressives en voie d'amélioration semblent être celles en état de bénéficier le mieux du patronage familial. En Belgique, en principe, les mélancolies aiguës même sont admises, aussi compte-t-on une forte proportion de psychoses dépressives dans les sorties par guérison pour la colonie familiale de Lierneux : 13 hommes sur 63 et 12 femmes sur 46, au point de vue des secours accordés aux convalescents sortis presque guéris des asiles. Il y a en Belgique la fondation Guislain.

Le legs Guislain consiste en un capital de 50.000 francs dont les revenus sont affectés aux aliénés de l'Asile. Guislain est mort en 1860 et, depuis cette époque, personne n'a plus donné pour cette œuvre un capital quelconque. Il y eut, d'abord, un comité de patronage pour disposer du revenu du legs Guislain, et la ville de Gand ajoutait un subside de 600 francs. Le comité a réuni la gestion du legs Guislain entre les mains des hospices de Gand, après avoir, au préalable, renoncé aux subsides de la ville.

Peu à peu, le legs Guislain est devenu la possession de l'Asile de Gand. S'en aidant, l'Asile a pu occuper dans des ateliers spéciaux les aliénés convalescents ne connaissant aucun métier. L'habillement qui est donné aux aliénés sortants est fait aux frais de l'Asile. L'Asile fait placer les aliénés sortants. Les sorties d'essai sont d'un usage courant.

En Allemagne, où existent des villages d'aliénés et des colonies agricoles, tout a été fait pour donner à l'Asile d'aliénés le caractère d'hôpitaux de traitement. Les Asiles ne sont pas entourés de murs et l'*open door* s'y applique d'une façon courante, on y reçoit, outre les aliénés, des nerveux, des neurasthéniques, des affaiblis. Le caractère de l'établissement en est profondément modifié, et ne jouit pas du mauvais renom qu'ont en France les Asiles et ceux qui y sont maintenus. Le personnel médical et infirmier y est très nombreux, et chaque médecin n'a à s'occuper que de 100 à 120 malades, au lieu de 450, qui est la moyenne en France. Outre cette amélioration complète de l'état de l'aliéné pendant son traitement, de nombreuses sociétés de patronage s'occupent de l'aliéné convalescent.

*Société de secours pour les aliénés sortant des Asiles
Pforzheim et Illenau*

Le but de la société est : 1° de donner des soins moraux et matériels aux malades pauvres et nécessiteux sortant des asiles de Pforzheim et Illenau, pour faciliter leur retour dans la société et les préserver autant que possible des rechutes et des maladies graves ;

2° De développer l'assistance publique des aliénés, de combattre les préventions à l'égard des aliénés et des Asiles d'aliénés.

Sont membres de la société les hommes et les femmes qui déclarent vouloir concourir au but de l'association.

Ces membres s'engagent à soigner personnellement les sortants désignés comme pauvres ou nécessiteux, et à les protéger, c'est-à-dire à être leur patron de secours, ou s'engagent à devenir leur patron de secours et à verser une cotisation en argent, ou s'engagent à verser régulièrement une cotisation annuelle d'au moins 30 kreutzer, qui sera employée pour les sortants.

Les directeurs d'Asile nomment des hommes de confiance chargés de faire la propagande et de recruter des membres de l'association, ainsi que de toucher les cotisations. Quand ils sont en nombre suffisant, ils forment l'association de district, qui choisit son président, son caissier et son secrétaire.

Les présidents des associations de districts élisent trois membres du comité de Pforzheim et d'Achera, ou encore du voisinage des Asiles. Les directeurs des deux Asiles sont de droit membres du comité.

Le comité décide en conseil, avec le président de l'association de district correspondante, sur la nature, la durée, l'étendue de l'assistance à accorder dans chaque cas particulier. L'assistance est fournie, soit par le président, soit par le patron de secours.

A Illenau, les ressources pour les sortants pauvres, outre la caisse déjà citée, sont :

- 1° La contribution régulière de ses membres ;
- 2° Les dons volontaires ou legs des amis de l'association ;
- 3° Quelques subventions de l'Etat ou des autorités communales ;
- 4° Les intérêts du fonds de réserve qui a été formé.

Société de secours d'Eichberg (près Wiesbaden)

Elle tend à inciter à un grand intérêt et à de meilleurs sentiments à l'égard des aliénés dans le gouvernement de Wiesbaden, et aussi à se montrer secourable pour eux.

Elle montre son action pratique dans l'offre de secours en argent par ses membres à ses concitoyens pauvres, si ceux-ci sont atteints d'aliénation.

La qualité de membre s'obtient par une cotisation annuelle d'au moins un mark.

D'abord, les aliénés, à leur sortie de la maison de santé et de l'Asile de traitement d'Eichberg à Reimgau, reçoivent un don une fois fait, pour faciliter l'existence par le travail et afin de pourvoir à leur premier entretien.

Si les ressources de la caisse le permettent, un secours en argent peut encore être accordé une ou plusieurs fois à ces convalescents, ou aux parents d'un aliéné se trouvant encore à l'Asile, si sa guérison ou la possibilité de sa sortie doivent en être accélérées.

La nécessité du secours est établie par le directeur de l'Asile et le paiement effectué par le caissier dudit Asile.

Société de secours pour les aliénés de la province de Düsseldorf.

Elle ressemble beaucoup à la société des Asiles de Pforzheim et Illenau.

Son but est principalement :

1° De donner des soins moraux et matériels aux malades pauvres et nécessiteux sortant guéris ou améliorés de l'Asile du gouvernement, pour faciliter leur retour dans la société et les préserver, autant que possible, des rechutes et maladies graves ;

2° De développer l'assistance publique des aliénés, de lutter contre les préjugés sur l'aliénation mentale et les Asiles d'aliénés, et aussi de répandre l'instruction sur la question de l'aliénation mentale.

Pour atteindre le premier but, la société, dans la mesure de ses moyens, assiste de ses conseils et de son action les

aliénés sortants « guidée par l'expérience que la dégradation de la santé et les rechutes fréquentes sont déterminées par le chagrin et le souci avec lesquels les aliénés sortants ont à lutter à leur sortie de l'Asile ».

Pour atteindre le second but, elle organise des conférences publiques, à la portée de tous, sur les causes et les symptômes de la maladie, pour chercher à instruire la population sur les soins judicieux et humains à apporter à ces malades, et à faire connaître que la possibilité de la guérison s'obtient surtout, quand la maladie est récente, par une prompte admission à l'Asile.

Les ressources de la société consistent :

- 1° Dans la cotisation annuelle de ses membres ;
- 2° Dans les dons volontaires et legs des amis de la société ;
- 3° Dans quelques subventions régulières ou extraordinaires de l'État, des provinces ou des communes ;
- 4° Dans les intérêts d'un fonds de réserve.

Société de secours brandebourgeoise pour les aliénés

La société de patronage de la province de Brandebourg assiste les malades sortant des Asiles d'Eberswalde, Soreau, Landsberg. Le siège de la société est à Eberswalde. Les statuts ont de grandes analogies avec ceux de la société de secours de la province de Düsseldorf.

Société de secours de Friedrichsberg (Hambourg)

Cette société fondée en 1867 rend surtout des services aux femmes sortant de l'Asile. Elle est surtout entre les mains de dames patronesses et distribue par an environ 5.000 marks de secours.

On trouve également la société de secours du grand duché de Hesse, conçue sur le type de celle de Düsseldorf.

D'autres sociétés sont en fondation à Wernesh, Koenigsbetter, Bayreuth et Altscherbitz.

A Munich, la direction générale dispose d'un fonds de secours annuel de 250 francs pour les aliénés nécessiteux.

A Erlangen, on a un capital de 6.500 marks.

A Karthaus Prull existent un legs et une rente donnant pour les aliénés indigents de 5 à 30 marks.

Ce sont les domiciles de secours qui prédominent et, comme les convalescents sont rentrés dans leurs pays, la société a besoin d'intermédiaires pour exercer son assistance et son contrôle. Ce sont des hommes de confiance (*Vertrauensmanner*) qui en assument la charge.

En Italie, où l'Asile ressemble à nos Asiles français, les médecins sont plus nombreux. Il existe également plusieurs sociétés de patronage et on applique le placement familial transitoire de convalescents au voisinage de quelques Asiles.

En Autriche, on trouve la société d'assistance de la Basse-Autriche et la société de Gratz.

En Suisse, les sociétés de patronage, dont le mode d'action se calque sur les sociétés allemandes, sont fort nombreuses. Des « correspondants » contrôlent l'emploi des fonds destinés aux aliénés convalescents. L'union qui existe entre l'Asile et la société de patronage est si intime que, dans plusieurs cantons, la société a procédé à l'organisation de l'Asile. Dans certains statuts, l'œuvre de patronage se préoccupe non seulement d'assister le convalescent en voie de guérison, mais encore de provoquer le prompt traitement des aliénés de l'Asile, parce que l'admission précoce des malades dans les établissements spéciaux est le meilleur moyen d'assurer leur guérison.

Dans les autres pays, les sociétés de patronage manquent encore.

En Russie, les patronages sont fondés sur le type de colonies agricoles ou familiales transitoires. Ajoutons que dans

ce pays, que d'anciens considèrent comme mal organisé et retardataire, l'administration de certains Asiles est fondée sur un pied à envier en France. L'Asile est le plus souvent ouvert et sans clôture. Le personnel médical y est très nombreux (1 médecin-chef pour 100 malades, 1 médecin-adjoint pour 30 malades). Enfin l'assistance familiale s'y applique (Moscou : docteurs Bagenoff et Ekaterinoslaw, D^r Gobeseff) et les colonies agricoles de passage y sont nombreuses.

De ce bref résumé il ressort que presque partout à l'étranger la question de la convalescence des aliénés a attiré l'attention de la société. Les résultats obtenus sont tels qu'on ne peut qu'en désirer de semblables en France. Nous allons maintenant voir ce qui a été fait chez nous, après avoir étudié brièvement la convalescence en elle-même, ses signes et son évolution dans les diverses maladies mentales.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE SUR LA CONVALESCENCE
CHEZ LES ALIÉNÉS

La convalescence des maladies mentales aiguës présente des différences assez marquées, tant au point de vue de ses symptômes que de sa durée, pour que nous l'étudions complètement ici. Il y a une grande distance, en effet, entre la convalescence rapide, le retour pour ainsi dire subit, à l'état normal, de l'alcoolique dont les hallucinations s'apaisent, de l'hystérique, à manifestations psychiques, qui brusquement redevient normale, voire du dément précoce, qui entre en rémission avec une soudaineté qui ne laisse pas de frapper l'observateur, — et la convalescence longue du déprimé mélancolique qui, petit à petit, reprend intérêt à la vie, tout en conservant longtemps encore des craintes et des idées tristes. — De même que le mélancolique, l'excité maniaque revient progressivement au sommeil réparateur, à la plus normale répartition des gestes et de la parole. Et nous en pourrions dire autant du délire accidentel du débile, de l'obnubilation des confus, etc.

A côté des maladies mentales transitoires, d'origine toxique ou infectieuse, dont la terminaison normale est la guérison, nous aurons à envisager la question des rémissions dans les maladies chroniques ou intermittentes. Parmi les maladies chroniques, outre la démence précoce dont nous avons

déjà parlé et où on observe fréquemment des rémissions plus ou moins passagères, généralement dans les premières années de la maladie (cours de M. le prof. Joffroy, année 1905-1906), — nous trouvons des rémissions, parfois très longues (plusieurs mois) dans la paralysie générale). — Quant aux psychoses intermittentes, le retour à l'état normal est la règle dans les formes alternes et intermittentes proprement dites, et ces intervalles lucides peuvent être très longs, tellement longs que parfois on n'observe que deux ou trois accès pendant toute l'existence du malade.

Nous nous occuperons enfin de la question des rechutes. Celles-ci surviennent par le fait même de l'évolution de l'affection mentale, dans la démence précoce et la paralysie générale ; — elles tiennent également à la nature de l'affection dans les psychoses intermittentes, quoiqu'il puisse très bien se faire que le retour des accès, surtout si ceux-ci ne sont pas nettement périodiques, soit provoqué ou aidé par des causes accidentelles extérieures (chagrins, surmenage, intoxications). La rechute peut être également due à la répétition de la cause ; c'est d'une observation courante chez les délirants subaigus alcooliques ; c'est également fréquent dans les psychoses de la grossesse et post-puerpérales, où chaque grossesse et chaque suite de couches peut s'accompagner des mêmes troubles mentaux. Enfin les rechutes peuvent être purement accidentelles, chez les débiles par exemple, qui délirent en raison de chagrins, de surmenage, de frayeurs, d'hygiène déficiente, de misère, etc.

1° Des convalescences

On observe des guérisons, et par conséquent des convalescences dans les *psychoses dites transitoires* (manie et mélancolie) dans les *psychoses toxiques et infectieuses*, dans

les *psycho-névroses* (hystérie, neurasthénie), dans les *délires transitoires* de ces infirmes congénitaux qu'on appelle débiles, déséquilibrés, dégénérés, arriérés, etc.

Psychoses transitoires. — On tend actuellement, sous l'influence des idées allemandes, à ne plus admettre les mélancolies comme des psychoses transitoires. — Elles ne seraient que les phases cliniques de la maladie que Krœpelin appelle la *folie maniaque dépressive*, et qu'en France on appelle la folie intermittente. Pour les Allemands, toute attaque de manie franche et de mélancolie survenant pendant l'adolescence et l'âge mûr, sont l'expression d'une maladie chronique, dont les accès sont appelés à se répéter pendant toute l'existence, jusqu'à la démence terminale. Mais les intervalles lucides entre les accès sont parfois très longs, tellement longs que l'existence s'écoule sans qu'il y ait place pour le second accès. En tous cas, rien dans l'évolution du premier accès ne peut faire présager la durée de l'intervalle lucide, et la question de convalescence et de sortie de l'aliéné est tout à fait légitime. Et cela est surtout vrai pour la mélancolie.

A. — Le mélancolique qui entre en convalescence sort progressivement de sa dépression. Petit à petit l'idée fixe désolante (de ruine, de culpabilité, de damnation), qui dominait son esprit s'apaise. La convalescence commence. Elle comporte des signes physiques et des signes psychiques.

Les signes physiques sont : d'abord le retour du sommeil. Avec les théories modernes sur l'étiologie antitoxique des affections mentales il semble que ce retour du sommeil exprime l'atténuation de l'imprégnation du cerveau par les toxines endogènes plus ou moins combinées d'ailleurs avec les intoxications exogènes.

Dans ces dernières, d'ailleurs, l'auto-intoxication secondaire est inévitable, certains auteurs même estiment que la genèse de ces délires est univoque et toujours due à une alté-

ration des fonctions régulatrices des glandes vasculaires complexes, en particulier le foie et le rein, solidaires le plus souvent l'un de l'autre et greffées toujours sur l'absorption des toxiques divers ou la production de produits insolites ou dus à l'aberration fonctionnelle de telle ou telle glande hématopoïétique.

Les glandes vasculaires sanguines pourraient d'ailleurs par trouble vasculaire émotionnel produire des toxines équivalentes directement ou indirectement.

Quoi qu'il en soit, les malades, que la fixité de leurs idées tristes, l'anxiété avaient longtemps privés de sommeil recommencent à dormir; ce sommeil est moins encombré de cauchemars, il est plus long et plus profond, aussi repose-t-il mieux ce malade, et au réveil, il a le teint plus frais. Cette fraîcheur du teint, jointe à l'animation plus grande des traits et des regards, s'accompagne progressivement d'un embonpoint plus marqué du visage. L'expression est moins triste, les regards plus vifs, les commissures labiales ne sont plus tirées vers le bas du visage. La langue n'est plus, comme auparavant, blanche et couverte de fuliginosités, elle n'est plus agitée de ce mouvement gélatineux dont parle Parant. Simultanément, par rectification des échanges nutritifs, le corps reprend de l'embonpoint; cela est surtout remarquable chez les femmes dont les muscles se recouvrent de ce pannicule adipeux qui donne la rondeur et le modelé à leurs membres et à leur tronc. Cet embonpoint dépend d'un autre symptôme physique : le mélancolique convalescent commence à mieux manger. L'appétit qui revient régularise les fonctions gastro-intestinales, les digestions redeviennent faciles, l'on voit céder la constipation opiniâtre de la période d'état de la maladie, et la mauvaise odeur de l'haleine, indice d'un estomac encombré, qui en était la conséquence, s'atténue et disparaît. Les urines redeviennent claires et abondantes. La vitalité plus grande peut même se révéler

par l'expression physique de désirs sexuels. La respiration, qui était ralentie dans la mélancolie aiguë ou stupide, revient à la normale, ainsi que dans la convalescence de la mélancolie anxieuse, où elle était « irrégulière, tremblante et accélérée » (Régis). Les mouvements cardiaques redeviennent normaux comme nombre et comme régularité, la température redevient normale. La résistance électrique des muscles redevient normale, ainsi que les réflexes et la sensibilité. On voit disparaître la cyanose des extrémités, qu'on constate surtout dans les formes stupides.

Indices d'un état psychique meilleur, les habitudes des malades se modifient. Ils quittent le lit, s'habillent seuls et correctement, se promènent, s'intéressent aux choses extérieures, aux jeux de leurs camarades. Ils commencent à se lier avec certains autres malades, avec le personnel infirmier ; les femmes cousent, les hommes demandent du travail. Chez les femmes on peut observer le réveil de la coquetterie, qui est un bien précieux indice de l'amélioration.

Nous avons déjà épiété sur la description des symptômes psychiques, qui commandent ce réveil des habitudes antérieures. Si le malade avait été atteint de mélancolie délirante, on voit s'effacer peu à peu toutes traces de délire. La parole redevient plus nette, la voix moins monotone et plus haute, les phrases sont plus longues, les mots mieux choisis. Le contenu de la conversation indique une lucidité d'esprit complète, même en ce qui concerne l'idée triste, délirante ou non, sur laquelle le malade déraisonnait autrefois. Parfois une certaine gaité dans la phrase, un sourire, un rire même provoqué par autrui vient prouver que l'amélioration est patente.

Les sentiments affectifs, assez souvent diminués, ou bien exaltés, ou troublés dans leur expression, redeviennent normaux. Le malade recommence à s'inquiéter de l'état de santé, de la vie des siens. On le voit s'intéresser à la santé des autres

malades, leur rendre de menus services, les entourer de menus soins. On les sent moins égocentriques.

La conscience se rétablit. Le malade ne souffrant plus de ces troubles de sensibilité interne ou externe qui constituent le fond de la maladie, reprend conscience de son *moi*. Il n'y a plus aucun trouble de la *personnalité*, aucune idée de modification de l'être, de possession. Les hallucinations psychomotrices ou sensorielles, naturellement, ont disparu.

Les mélancoliques anxieux, pendant leur convalescence, perdent progressivement tout sentiment et toute manifestation d'anxiété, au fur et à mesure que décroît et disparaît le délire qui en est la cause.

Il faut ajouter que souvent la convalescence des mélancoliques est entrecoupée de rechutes de courte durée qui viennent ralentir les progrès de la convalescence. Celle-ci est en général d'une durée assez longue, d'autant plus longue en général que la maladie elle-même a été plus longue et plus grave dans ses symptômes. Il n'y a d'ailleurs aucun symptôme grave dans la longue durée de la convalescence, les convalescences les plus rapides semblant être au contraire l'indice d'une affection intermittente.

B. — La convalescence de la manie peut se faire suivant trois modes : le retour brusque à l'état normal, terminaison rare et d'un pronostic grave, indice d'une psychose intermittente ; la guérison par *oscillations progressives*, le calme qui revient étant entrecoupé de retour de l'excitation, de moins en moins marquée, à des intervalles de plus en plus éloignés ; la guérison par *diminution progressive* et interrompue des symptômes (Régis).

Quel que soit le mode de terminaison, la convalescence est annoncée par les symptômes physiques et psychiques suivants :

L'agitation diminue et s'apaise. Tous ces symptômes décroissent : la voix qui était élevée et impérieuse (parfois enrouée,

d'ailleurs) reprend son timbre normal ; le malade cesse de chanter continuellement ; les gestes sont moins amples, plus mesurés aux paroles prononcées, le besoin d'incessante activité décroît, le malade cesse de déchirer, de briser ce qui l'entoure ; il s'habille aussi d'une manière plus correcte. Il ne s'onanise plus d'une façon constante, et, de même que ses paroles, ses gestes deviennent plus réservés, moins obscènes. Symptôme important, le sommeil est meilleur, moins agité, progressivement plus long. La sensibilité générale redevient normale, ainsi que la sensibilité spéciale. L'expression dynamométrique de la force musculaire diminue jusqu'à ses proportions habituelles. Le pouls devient moins fréquent, le rythme respiratoire moins accéléré, la température redescend à 37°. L'appétit devient moins vorace, la constipation cesse, les sécrétions sont moins abondantes et le malade cesse d'avoir cette mauvaise odeur de l'haleine et de la sueur qu'on a comparée à une « odeur de souris ». L'embonpoint commence à revenir. Chez les femmes, la menstruation se rétablit.

Au point de vue psychique on observe une diminution de la mobilité des idées, et de leur expression parlée. Les malades cessent de se laisser entraîner, dans leur discours, par l'assonance des mots, par des associations d'idées étranges, par le spectacle des faits extérieurs, et redeviennent capables de suivre une conversation, et signe important, de laisser causer leur interlocuteur. Leur discours ne contient plus d'obscénités, de puérités, de remarques constantes sur les choses extérieures. Le délire, d'ailleurs extrêmement mobile, cesse, les malades n'ont plus de ces idées de grandeur fugace qui les portait « dans l'espace de quelques instants, à se dire : papes, rois, médecins, cultivateurs, orateurs, femmes, dans un palais, dans une prison, un hôpital, un théâtre, etc. » (Régis). Les illusions sensorielles et mentales disparaissent. Les malades recommencent à penser aux leurs,

à leurs affaires, à leur avenir, et l'on n'observe plus chez eux de ces brusques colères furieuses et passagères, succédant à des attendrissements sans raison.

Tels sont les symptômes de la convalescence des accès de manie. Nous avons déjà dit qu'il était rare de trouver la manie pure non symptomatique d'une psychose intermittente. L'absence des signes physiques particuliers à la paralysie générale, l'intégrité de l'intelligence après l'accès, la mémoire minutieuse et précise de tous les faits qui se sont passés pendant l'accès, permettent de conclure à une convalescence de manie plutôt qu'à l'atténuation d'un « état maniaque » au cours d'une paralysie générale. — L'agitation de l'alcoolique est de brève durée, elle s'accompagne d'hallucinations terrifiantes, d'illusions sensorielles surabondantes qui dominent la scène clinique. — On trouve chez l'hébéphrénique, une agitation plus stéréotypée, plus dementielle, moins mobile dans son expression, et l'état intellectuel qui lui succède est souvent diminué. L'agitation de l'épileptique succède souvent à une crise ; elle a un caractère de fureur aveugle souvent symptomatique, et enfin le malade n'en garde aucun souvenir. Ces quelques signes permettent de distinguer la convalescence de la manie des états maniaques que l'on rencontre dans ces maladies, et d'éviter des erreurs. Au premier rang des *psychoses toxiques*, nous placerons l'alcoolisme.

C. — Le délire alcoolique subaigu, exceptionnellement le délire alcoolique suraigu amènent seuls dans les Asiles les alcooliques susceptibles de convalescence.

D'une durée très courte de 8 à 18 jours (Régis), le délire alcoolique subaigu est une psychose hallucinatoire aux allures d'agitation maniaque. Privé de sommeil, entouré d'hallucinations terrifiantes, l'alcoolique se débat, crie, frappe. Quand il entre en convalescence, ses hallucinations diminuent et disparaissent, il n'a plus qu'un délire tranquille avec illusions essentiellement transitoires, le sommeil revient, la conscience

se rétablit. Très rapidement le malade demande qu'on l'occupe, qu'on le laisse sortir. Il raconte les faits antérieurs à son délire, sur la nature duquel il s'explique avec bonne grâce, surtout si c'est un homme. Cette convalescence est assez courte et l'individu peut sortir.

D. — Les psychoses saturnines, subaiguë ou aiguë, ressemblent beaucoup au délire alcoolique, d'autant plus que l'alcool se joint la plupart du temps au plomb pour les produire, d'une courte durée, ces psychoses guérissent vite et les convalescences sont marquées par la cessation des hallucinations et le retour du sommeil.

E. — Le morphinisme, le cocaïnisme, l'éthérisme, etc... produisent des troubles mentaux essentiellement liés à la cause, et dont la convalescence, longue surtout dans le cas de morphinisme, est liée à la cessation de l'empoisonnement chronique.

Les psychoses par *auto-intoxication* sont liées à la pellagre, au paludisme, aux maladies gastro-intestinales, hépatiques, rénales, génitales, à la maladie de Basedow; — elles sont liées aux diathèses, au surmenage et à l'inanition, aux traumatismes, aux opérations chirurgicales, à l'insolation.

D'une façon générale, les auto-intoxications obtiennent des symptômes mentaux analogues à ceux que nous avons décrits sous le titre « psychoses transitoires » : c'est ainsi que la pellagre détermine en général une dépression mélancolique avec hallucinations; les auto-intoxications, gastro-intestinales entraînent des mélancolies hypochondriaques et conscientes, à type anxieux, parfois à type de possession ou zoopathique. Tout à fait analogue est la mélancolie d'origine hépatique. Les psychoses, d'origine génitale, de la puberté, revêtent le type de manie et de mélancolie; c'est aussi souvent la forme mélancolique que revêt l'auto-intoxication de la ménopause. La maladie de Basedow peut amener des accès de manie ou de mélancolie, souvent anxieuse. L'arthri-

tisme, le diabète déterminent parfois des accès de mélancolie; les dermatoses, de mélancolie ou de manie; les traumatismes crâniens ou généraux également. On comprendra que nous ne voulions point répéter ici ce que nous avons dit des convalescences de psychoses.

F. — Mais la forme de psychose curable le plus souvent présentée par toutes les auto-intoxications est la forme de confusion mentale aiguë, soit sous la forme asthénique, soit sous sa forme délirante.

L'amélioration des symptômes physiques de l'auto-intoxication, cause de la confusion mentale, est un des premiers signes de la convalescence. Ces symptômes éminemment variables selon l'auto-intoxication causale, ne sauraient trouver de description ici.

Simultanément avec la disparition des symptômes généraux ou locaux, (psychose puerpérale), les symptômes de la confusion mentale s'atténuent. Le malade semble sortir d'un rêve. Il renait à la vie extérieure, il reconquiert son état prime (voir Régis : la confusion mentale est un état second. *Précis de psychiatrie*, p 294). L'état de stupeur diminue et finit par disparaître : le délire, s'il existait, tombe dans l'oubli. L'amnésie consécutive est la règle ordinaire, le malade oublie tout de la période d'état, ou n'en conserve que des notions vagues et lacunaires. La voix cesse d'être anonnée, hésitante, lente, elle reprend son timbre normal. Le malade n'a plus ces réflexions bizarres qui prouvaient une profonde désorientation; les sentiments affectifs et moraux naissent à nouveau.

La physionomie cesse d'avoir l'aspect endormi, apathique qu'elle présentait pendant la période d'état. Le sommeil revient, tandis que disparaissent les faux sommeils, les somnolences observés jusqu'alors. Les réflexes redeviennent normaux, d'exagérés qu'ils étaient. L'embonpoint reprend.

Mais il ne faut pas oublier que la confusion mentale peut

passer à l'état chronique, que la démence précoce, ou confusion mentale chronique, débute souvent, surtout dans sa forme catatonique, comme une confusion mentale : qu'il n'est pas rare même de la voir débiter à la suite des mêmes causes que la confusion mentale. C'est pourquoi, avant de conclure à la convalescence d'un confus, il faut examiner avec soin s'il a conservé l'intégrité de son pouvoir intellectuel. Souvent, qu'il s'agisse d'une rémission de la démence précoce, ou bien simplement d'une atténuation des symptômes : stupeur, stupidité, catalepsie, etc., on observe en ce moment même les symptômes physiques d'une amélioration générale. L'examen approfondi de la situation intellectuelle du malade permettra de faire le diagnostic, qui est parfois très difficile.

Ajoutons — nous y reviendrons d'ailleurs — que la convalescence de la confusion mentale, « la plus curable des maladies mentales », dit Régis, mérite une attention particulière au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire au point de vue assistance. Il importe, en effet, de permettre au malade de ne pas retrouver les conditions causales de sa psychose (misère, mauvaise hygiène, inanition, surmenage, etc.) ou bien de guérir sa maladie causale. Quelque prédisposé qu'il faille être pour faire une psychose à propos d'une auto-infection, il n'en est pas moins certain, d'une part, qu'une attaque de confusion mentale ne porte pas atteinte à l'intégrité des facultés : d'autre part, que la confusion mentale ne constitue pas, comme la manie et la mélancolie, des psychoses constitutionnelles à récives tenant plus du terrain que des circonstances extérieures. En d'autres termes, le confus guéri que l'on rend à la vie sociale peut être considéré comme un homme normal qui, averti de la nature de sa maladie, peut en empêcher les rechutes en suivant un régime et un traitement appropriés. Le tout est qu'il *puisse*,

et l'assistance aux convalescents n'aura pas de plus digne, de plus utile effet que de lui donner ce pouvoir.

D'une évolution rapide dans les infections aiguës, d'une évolution plus lente dans les infections chroniques, soumises dans leur évolution aux aggravations et aux améliorations des infections causales, les *psychoses infectieuses* revêtent le plus souvent la forme de la confusion mentale athénique ou délirante, plus rarement la forme mélancolique (hypocondriaque, anxieuse, etc.) ou maniaque. La convalescence, qui s'accompagne de l'amélioration, des symptômes de l'infection causale, est semblable, au point de vue psychique et physique, à ce que nous avons dit à propos de ces psychoses.

Les psychoses dans les névroses sont : soit des manifestations psychiques propres à celles-ci, soit des psychoses surajoutées, évoluant sur un terrain névrosé comme elles évolueraient sur un terrain indemne de toute névrose.

Parmi ces dernières, il y en a d'incurables et de curables ; ces dernières qui nous intéressent seules, sont des crises de manie, de mélancolie ou de confusion mentale sur lesquelles nous n'avons plus rien à dire.

Les premières tiennent à la nature de la névrose.

G. — Chez l'épileptique, elles consistent en crises de confusion mentale généralement délirantes et hallucinatoires, s'accompagnant de réactions furieuses ou peureuses (fugues), succédant aux attaques ou les remplaçant, suivies elles-mêmes d'une amnésie complète et d'une durée généralement assez courte. Mais est-on autorisé à parler de convalescence de ces crises, l'épileptique est-il jamais un convalescent ou un guéri ? Sauf en quelques cas nets où l'épilepsie est acquise, due à l'absinthisme par exemple, et où la guérison vient par suppression de la cause, l'épileptique, surtout le délirant, est destiné à rester dans les Asiles jusqu'à sa mort.

H. — Tout autre est l'hystérique. Sauf dans les cas très

graves, l'hystérique peut sortir de l'Asile où l'a amené une psychose surajoutée, l'adjonction de la débilité mentale, la fréquence des attaques, ou l'évolution d'une psychose spéciale à l'hystérie.

Dans ce dernier cas, la psychose peut être : « le délire somnambulique, dont la manifestation la plus caractéristique est l'automatisme ambulatoire, ou fugue hystérique ; le délire d'extase, le délire prophétique, le délire d'auto ou d'hétéro-accusation » (Régis).

La nature de la psychose, déjà décelable par ses particularités, peut être dévoilée mieux encore par la coexistence d'attaques hystériques. Dans ce cas, il faudra, avant de faire le diagnostic de convalescence et d'autoriser la sortie, attendre que la fréquence des attaques soit diminuée dans de notables proportions. Les délires hystériques cessent brusquement ou progressivement. Ils sont susceptibles de rechutes nombreuses. Ils s'accompagnent d'une amnésie consécutive plus ou moins marquée. Le diagnostic de convalescence de ces délires est des plus simples, et nous n'y insisterons pas davantage.

I. — Quant à la chorée de Sydenham (la seule intéressante pour notre étude, la chorée de Huntington déterminant un affaiblissement intellectuel chronique), elle détermine des crises de confusion mentale aiguë ou avec stupeur, avec hallucinations terrifiantes. La convalescence de la confusion mentale ayant déjà été étudiée, nous renvoyons à cette étude.

J. — Les *infirmes congénitaux du cerveau*, qu'on appelle déséquilibrés, dégénérés, débiles, etc., peuvent présenter des psychoses constitutionnelles ou vésaniques : manie, mélancolie, confusion mentale, dont la forme est assurément un peu modifiée par le niveau intellectuel du débile, mais dont l'évolution est somme toute analogue, encore qu'on les voie assez souvent finir par un état dementiel.

A la débilité mentale appartiennent en outre des formes de

psychoses particulières, les unes chroniques, les autres curables ; parmi ces dernières, le délire systématisé aigu, simple ou hallucinatoire, est le plus fréquent. Dù en général à une cause occasionnelle extérieure, la crise guérit plus ou moins rapidement à l'asile, où la cause originelle, qui entreprendrait le délire n'existe pas. Les symptômes de sa convalescence, d'ordre uniquement psychique sauf dans les cas où la psychose était rattachable à la confusion mentale (Séglas) consistent en l'atténuation progressive des idées délirantes, la cessation des hallucinations qui les entretenaient, la disparition des réactions de toute nature qu'elles motivaient. Le sommeil revient, les malades s'occupent et demandent leur sortie. Mais l'appréciation de leur niveau intellectuel est une base importante pour la recevabilité de leur demande. Le délire a disparu, mais le terrain pathologique reste prêt à êtreensemencé de nouveau. On hésite à juste titre à remettre dans la société ces individus à l'instruction souvent rudimentaire, à la logique insuffisante, à la volonté nulle, dominés par leurs instincts plus que guidés par la raison, incapables d'un travail suivi comme d'une ligne de conduite raisonnable, et surtout prêts à se laisser dominer par une volonté étrangère, d'où qu'elle vienne. Timides à l'excès, phobiques, impulsifs, obsédés, pervers, ils sont incapables de la volonté nécessaire pour demander du travail, pour s'y astreindre, résister à l'entraînement au vice ou à la boisson ; les résultats sont : la misère, l'hygiène déplorable, les soucis, le retour de l'accès délirant, ou bien le crime commis sous une impulsion étrangère.

Si l'on veut — comme on doit le faire pour obéir aux prescriptions légales — laisser sortir le débile qui ne délire plus, il faut lui aplanir la route de la société, ne pas le perdre de vue quand il est hors de l'Asile, contrebalancer par de bons conseils les mauvais qu'il recevra, veiller à ses besoins les plus urgents, remplacer en quelque sorte l'assistance médi-

cale dont il n'a plus besoin par une assistance morale, voire pécuniaire, qui lui permettra la vie libre.

2^o Des rémissions et des intervalles lucides

L'étude clinique des rémissions nous fera envisager deux maladies mentales nouvelles : la paralysie générale et la démence précoce. Celle des intervalles lucides appartient aux psychoses intermittentes.

A. — « Les rémissions dans la paralysie générale sont de plusieurs sortes. Il y a d'abord les *fausses rémissions* (Ballet), consistant simplement en la disparition d'un des syndromes accessoires de la maladie, en particulier l'état délirant surajouté, mais avec persistance des symptômes fondamentaux de démence et de paralysie. Il y a ensuite les *vraies rémissions*, caractérisées par l'*arrêt*, l'*atténuation*, la *disparition* de ces symptômes fondamentaux eux-mêmes et comprenant, par suite : les *rémissions-arrêts*, les *rémissions-atténuations* ou incomplètes, les *rémissions-disparitions* ou complètes chacune d'elles pouvant être *temporaire*, *transitoire* ou au contraire *durable*, parfois même *définitive*.

« Des rémissions peuvent survenir à toutes les périodes de la maladie, mais elles sont plus fréquentes, cela va sans dire, dans les phases les plus rapprochées du début.

« Dans certains cas, elles sont spontanées. D'habitude, elles sont provoquées ou favorisées par le traitement, par une maladie incidente grave, une suppuration étendue, enfin par une prédisposition névrosique ou vésanique marquée ».

Après ces quelques lignes, prises dans le *Traité de psychiatrie* de Régis, nous n'avons pas à faire le tableau des signes des rémissions de la paralysie générale. Cette maladie est d'ailleurs complexe, variable dans ses formes cliniques : les symptômes morbides qui disparaissent ou s'atténuent lors

des rémissions sont tout à fait variés, et le long tableau que nous aurions à en faire aurait moins de clarté que l'exposé de Régis.

Dans les rémissions où l'on observe seulement de l'atténuation des symptômes démentiels et paralytiques, et dans celles qui surviennent à une période avancée de la maladie, lorsque l'affaiblissement intellectuel est marqué, la question de sortie de paralytique ne se pose que lorsque le malade n'est pas un indigent et que sa famille peut s'occuper de sa garde et des soins à lui donner. L'on garde habituellement dans les Asiles les aliénés indigents qui ont d'incomplètes rémissions, et la question de leur assistance hors de l'Asile ne se pose pas. Il en est autrement pour les rémissions complètes. En effet, l'on ignore combien de temps durera la rémission. Il en est de fort longues : A l'Asile de Villejuif, un paralytique général, nommé R..., est entré depuis neuf ans dans une période de rémission, après avoir passé par une période de gâtisme et d'agitation automatique. Son état mental est celui d'un alcoolique légèrement affaibli. Il s'occupe très convenablement de soins du ménage auprès d'un des médecins de l'asile. L'an dernier, M. le professeur Joffroy a présenté à son cours un paralytique général entré en rémission depuis vingt-neuf ans ; il présentait encore quelques idées de grandeur absurdes et sans consistance, et pouvait sortir fréquemment de l'asile « pour aller voir ses propriétés imaginaires autour du parc Monceau, et aller taper les employés d'un grand magasin, ses collègues d'autrefois ». Le professeur Joffroy citait encore le cas de paralytiques généraux sortis en liberté et qui avaient repris leur travail durant des rémissions, moins longues en vérité. Et d'ailleurs, la question de la guérison de la paralysie générale est loin d'être tranchée. Pour exceptionnels qu'en puissent être les cas, il ne faut pas les dédaigner ; il faut en tout cas, médicalement, agir comme si elle était probable. L'intérêt est donc grand d'as-

sister et de suivre les paralytiques généraux pendant une rémission qui peut être une convalescence. Il faut éviter à des cerveaux toujours affaiblis les tentations malsaines et aussi la misère, les métiers dangereux, le surmenage. Il n'est enfin pas sans intérêt d'être à portée, lors des rechutes possibles, au sujet desquelles nous reviendrons tout à l'heure.

B. — « Chez le dément précoce, on peut observer des pseudo-guérisons, avec diminution de l'intégrité intellectuelle. On observe surtout des rémissions qui, quand, elles sont très marquées, se confondent avec elles.

« On les observe d'abord et surtout à la suite de la période aiguë, c'est-à-dire de l'accès de confusion mentale hallucinatoire. Lorsque cet accès disparaît, il est fréquent de voir le malade considéré comme guéri, et de fait, il reprend sa vie ordinaire pendant plus ou moins longtemps. En apparence, il est très bien ; en réalité, il reste touché et le mal, qui n'a pas disparu, se manifeste de nouveau au bout d'un temps plus ou moins long, soit par un autre accès aigu, soit d'emblée par les signes de la démence précoce. Il est même des sujets qui, avant de verser dans cet état, présentent une série d'accès susceptibles de faire penser à une manie rémittente ou à la folie circulaire.

« Les rémissions peuvent également survenir à la fin de la période d'état. Il semble alors que c'est la guérison qui commence, mais ce n'est qu'une amélioration toute relative, qui s'arrête à un degré plus ou moins avancé et s'y maintient avec des hauts et des bas. Il y a toujours de la confusion, du négativisme, de l'incapacité de penser, de vouloir et d'agir normalement. Et alors les choses peuvent rester ainsi indéfiniment, ou bien il se produit une sorte de circulation constituée par des alternatives de rémission et de retour offensif des manifestations morbides » (Régis).

Si la question d'assistance des déments précoces indigents ne se pose pas dans ce dernier cas, il n'en est pas de même

du premier. Ici aussi, la question de la guérison de la démence précoce n'est pas nettement tranchée. Si, en général, la première crise (d'agitation hébéphrénique ou de catatonie) laisse après elle une diminution des facultés intellectuelles, celle-ci est souvent insuffisamment marquée pour qu'on ne laisse pas sortir en liberté les déments précoces même indigents. Il en est qui ne reviendront pas à l'asile, les autres pourront rester un temps plus ou moins long au dehors. Leur volonté affaiblie, leur peu de tendance au travail, la diminution de leurs sentiments affectifs, symptômes primordiaux de la démence précoce et reliquats de leur première crise, s'opposeront à une vie dont ils ne pourraient, seuls, supporter les *impedimenta*. Il sera bon qu'ils sachent, qu'au besoin, ils trouveront une aide dans un patronage, fussent-ils en tirer un moindre profit que les malades convalescents que nous avons étudiés plus haut.

La rémission de la démence précoce peut survenir brusquement. Il n'est pas rare que le matin on trouve debout, habillé, causant raisonnablement, s'occupant, un malade qu'on avait laissé la veille agité ou plongé dans une stupeur plus ou moins complète. M. le professeur Joffroy en citait des exemples à son cours de l'an dernier. Une telle brusquerie dans l'amélioration est loin d'être d'un bon pronostic, et l'état morbide antérieur ne tarde pas à se reproduire. Par contre, les rémissions plus progressivement obtenues durent plus longtemps. Le stupide revient progressivement au mouvement. D'abord ses mouvements sont lents, retardés, peu amples, puis, progressivement, une vitalité plus grande se décèle. Les traits deviennent plus expressifs, les regards plus vifs. L'attention est plus grande aux faits extérieurs ; les réactions sont raisonnables au lieu d'être liées au négativisme. Une entente plus complète du lieu où il se trouve et des habitudes à subir se fait jour dans cet esprit confus, qui progressivement se plie à la discipline et aux convenances.

Le malade recommence à manger seul, à s'habiller seul, il ne gâte plus, il se remue, il se promène, il se lie aux autres malades, il travaille. Quand la rémission est complète, on observe, avec un interrogatoire minutieux, les destructions partielles de l'intégrité cérébrale, dans les zones de la volonté, de l'énergie, des sentiments affectifs.

L'hébéphrénique se calme. Il n'a plus de ces impulsions, de ces stéréotypies, de ces actes niais qu'il présentait pendant la phase morbide. Il s'habille correctement et reste propre. Son discours est plus raisonnable et plus suivi. Ses gestes appropriés à ses paroles ne sont plus, comme auparavant, stéréotypés. Il ne gâte plus (s'il gâtait), il est moins prodigue d'obscénités du geste et de la parole. Et progressivement il redevient normal, ou presque, car, ainsi que le catatonique et dans les mêmes zones, sont atteintes ses facultés intellectuelles.

Krœpelin lui-même donne de 10 à 15 pour cent de guérisons dans ces deux formes. Il est donc utile de s'occuper de la *convalescence* de ces aliénés.

C. — Quant aux intervalles lucides qu'on observe dans le cours des psychoses intermittentes, ils sont plus ou moins longs. Il n'y a d'ailleurs, *a priori*, aucune relation entre la longueur ou l'intensité des crises morbides et la durée des retours à l'état normal. Par contre, la durée d'une période lucide est sensiblement la même que celle qui l'a précédée, et, lorsqu'on est en présence d'une seconde crise, on peut approximativement calculer la durée de la période lucide qui suivra. Cela sert d'un enseignement précieux pour décider ou non la sortie. La terminaison brusque d'une crise est d'un mauvais pronostic et peut faire craindre une rechute à brève échéance. Il faut éviter également de prendre pour une période lucide la succession à un état maniaque aigu, par exemple, d'une crise de dépression mélancolique peu marquée, que l'on serait tenté de prendre pour une morosité

spéciale au sujet à l'état normal. De même, une excitation maniaque très légère peut succéder à un état de stupeur mélancolique et risquer de donner le change. Il s'agit alors d'une folie à double forme, et il faut attendre la guérison de la deuxième forme avant d'autoriser la sortie. Quant aux symptômes de convalescence des crises intermittentes de ces psychoses, ils ont été étudiés avec la manie et la mélancolie ; ces deux vésanies ne diffèrent en rien des paroxysmes agités ou déprimés des folies intermittentes.

3° Les rechutes

Nous les étudions ici parce qu'elles se rattachent directement à notre sujet, dans ce sens que l'assistance des convalescents doit, quand elle peut, les empêcher de se produire, et quand elle n'a pas ce pouvoir, elle doit être à même au moins de les aider à se produire dans les meilleures conditions possibles, pour le malade lui-même et pour la société.

Les rechutes, avons-nous dit, peuvent provenir de l'aggravation, pour ainsi dire inéluctable, de certaines maladies chroniques, en particulier de la paralysie générale et de la démence précoce.

Dans la paralysie générale, la rechute peut se déceler de multiples façons. Tantôt, c'est un accès d'agitation maniaque ; tantôt, une série d'actes absurdes, dangereux ou délictueux. D'autres fois, un ictus apoplectiforme ou épileptiforme vient brusquement arrêter la rémission et laisse après lui soit un état de dépression, soit un état d'agitation, soit un affaiblissement intellectuel considérablement aggravé.

Dans quelques cas, la rechute est provoquée par un fait d'ordre extérieur. Le paralytique général, par exemple, s'alcoolise à outrance et retombe, à la suite d'une crise aiguë (ivresse) ou subaiguë d'alcoolisme. Ou bien, par suite de la

maladresse constante chez les paralytiques, il se fait un trauma qui devient la cause occasionnelle de la rechute. De même ordre sont les maladies aiguës, le froid, une alimentation mal comprise, la misère, etc.

Quelquefois la rechute est de courte durée et est suivie d'une nouvelle rémission ; il peut ainsi y avoir plusieurs rémissions au cours de la même paralysie générale.

Les formes avec agitation maniaque sont, d'après les auteurs, celles où l'on retrouve le plus fréquemment ces rémissions. Mais rien ne peut faire prévoir la durée de la rémission, sa probabilité, ni la durée de la rechute.

Dans la démence précoce, la rémission est assez fréquente, au début, après un premier accès d'excitation hébéphrénique ou de catatonie. Elle peut survenir brusquement, avons-nous vu. Il en est de même pour la rechute, qui peut survenir du jour au lendemain, sans transition appréciable. D'autres fois, au contraire, l'aggravation est progressive, et il est possible de la prévoir à la bizarrerie des paroles, des gestes, des attitudes, des habitudes ; au retour des stéréotypies, des tendances négativistes, des attitudes immobiles cataleptoïdes. Parfois aussi, une crise nerveuse hystérisiforme, unique ou suivie de plusieurs autres, est un symptôme d'aggravation menaçante. Des infections, des intoxications, une grossesse, un accouchement peuvent aussi servir de point de départ à un retour de l'état morbide. L'assistance des malades en rémission peut permettre alors de prévoir ces rechutes et de prendre les précautions nécessaires pour qu'elles n'entraînent après elles aucun ennui grave.

Dans les psychoses intermittentes, la rechute tient à la nature même de la maladie, constituée (sauf pour la forme circulaire) d'alternatives d'états morbides et d'états lucides. La durée des périodes lucides, comme des périodes morbides, est en général approximativement la même pour chaque malade en particulier. Les sorties, irrefusables lorsque la

période lucide est de longue durée, gagneraient à devenir une sortie limitée à cette période, avec retour obligatoire de l'aliéné quelques semaines ou quelques jours avant la rechute. Une telle réglementation est impossible dans la pratique. Mais l'assistance aux aliénés peut permettre au médecin assistant de prévenir à temps la famille, ou même le malade lui-même, de l'urgence d'un réinternement, surtout lorsqu'il constatera des symptômes avant-coureurs de la rechute.

C'est surtout contre les rechutes dans les psychoses infectieuses ou toxiques que l'assistance pourra faire œuvre utile. Dans ces cas, en effet, la psychose tient au retour absolument évitable de la cause exogène dans la plupart des cas (alcoolisme, morphinisme, saturnisme, etc.) où l'on observe des rechutes fréquentes. L'alcoolique en particulier est le type du récidiviste. Entré à l'asile pour une première crise d'alcoolisme subaigu, dûment tancé, averti de la nature de son affection, instruit par le conseil et par les exemples, il sort décidé (?) à ne plus boire. Il reboit pourtant, parce que sa décision était peu solide, parce que sa volonté (cas fréquent) est nulle, parce que son métier comporte l'obligation presque forcée (marchands de vins) ou la possibilité tentante (garçons de café, cuisiniers, tonneliers) de boire à nouveau, parce qu'enfin il fréquente des ouvriers qui l'entraînent à boire.

Mais aussi le retour de ses anciennes habitudes peut se produire par suite de chagrins, de soucis, de découragements, de l'isolement où il se retrouve lorsqu'il retourne dans la société.

Contre ces rechutes, l'assistance a un devoir tout tracé d'avance. A ces volontés molles, à ces esprits déjà enclins au découragement, elle peut donner des conseils, des subsides, un appui. Elle peut aider le convalescent pendant qu'il cherche du travail et s'efforcer de lui en procurer. Elle peut, lorsqu'il se sent prêt à retomber, lui donner des encourage-

ments. Elle corrige et prévoit. Elle rend à l'alcoolique guéri ses meubles, ses instruments de travail. Elle paie son terme. Elle s'efforce de recréer pour lui l'intérieur d'autrefois, voire en le rendant plus confortable, pour lui donner le goût du foyer. Elle aide sa famille à le détourner du cabaret, par des arguments en général mieux écoutés, en tous cas plus autorisés et plus habiles. Un véritable traitement psychique peut découler de l'ascendant pris par le médecin assistant sur l'alcoolique qui renonce à ses penchants par émulation, par confiance en soi-même, suggérée par le médecin, parfois même par un sentiment d'affection et de reconnaissance.

Enfin, dans les cas où il s'agit d'un débile qui a eu un épisode délirant, les rechutes sont purement accidentelles. Les chagrins, les fatigues, le surmenage, le découragement, la misère, les intoxications peuvent en amener le retour. Déjà mal constitué pour lutter pour la vie, le débile ressent davantage les difficultés et les déboires de cette lutte, et l'interprétation défectueuse des origines de ces difficultés et de ces déboires est souvent le point de départ de la nouvelle crise délirante, de quelque nature (idées de persécution, hypocondriaques, mystiques, mégalomaniaques) qu'elle soit. Chez ces malades, pourtant, une vie réglée et facile n'aurait été susceptible d'aucun de ces épisodes délirants. L'assistance, dans ce cas, pourrait rendre de grands services en permettant sans danger la fréquentation de la société à ces débiles, qui ne seront jamais que des entités spéciales médiocres, mais qui pourtant peuvent encore rendre quelques services.

CHAPITRE IV

VOIES ET MOYENS D'APPLICATION

Si l'on classe les patronages existants par leur orientation, nous distinguons deux systèmes. Dans le premier système, la société est intimement liée à l'administration de l'Asile, qu'elle continue. Ce sont alors les secours à domicile qui prédominent, et, comme les convalescents sont rentrés dans leur pays, la société a besoin d'intermédiaires pour exercer son contrôle. Ce sont les hommes de confiance (Allemagne, Suisse). L'union qui existe entre l'Asile et la société de patronage en Suisse est si intime que, dans plusieurs cantons, la société a procédé à l'organisation de l'Asile. Dans certains statuts, l'œuvre de patronage se préoccupe non seulement d'assister le convalescent en voie de guérison, mais encore de provoquer le prompt traitement des aliénés de l'Asile, parce que l'admission précoce des malades dans les établissements spéciaux est le meilleur moyen d'obtenir la guérison.

C'est au second système qu'appartiennent toutes les sociétés fondées en dehors des grands centres. Les correspondants doivent être moins difficiles à recruter qu'on ne pourrait le supposer au premier abord, et, d'après les listes recueillies par M. le docteur Giraud, de Saint-Yon, on les trouve surtout parmi les maires et les instituteurs. Or, ces hommes, à

qui on demande de remplir une mission de confiance, ne sont pas, dans certaines sociétés, astreints à verser une cotisation, même minime, de sorte qu'ils peuvent accepter sans avoir à supporter aucune charge pécuniaire.

En France, à la suite du mouvement provoqué par les débats et les décisions du Conseil supérieur de l'assistance publique, après le rapport Bourneville, une circulaire ministérielle fut lancée en province, s'appuyant sur les Asiles publics ou en faisant fonction.

Au Congrès de la Rochelle, le dépouillement des réponses officielles montra que, sur 27 départements, une dizaine seulement entrèrent dans la voie des études préliminaires, grâce à l'activité de quelques médecins des Asiles départementaux.

En réalité, le résultat le plus clair de tant d'efforts fut la création de quelques subventions et caisses de secours départementales pour les aliénés sortants, et la création de sociétés de patronage nouvelles fonctionnant dans la Seine-Inférieure, la Meurthe-et-Moselle, la Seine, le Rhône.

Dans ces sociétés, l'organisation découle d'une des résolutions du Conseil supérieur de l'Assistance publique qui porte que les sociétés de patronage viendront en aide aux aliénés convalescents ou guéris, par les moyens suivants :

« Secours en argent, en linge, en vêtements, outils (ces secours peuvent être hebdomadaires, mensuels) ;

Dégagement des objets mis au Mont-de-Piété, paiement de loyer, placement de malades dans des Asiles de convalescence, dans des cottages intermédiaires entre l'internement complet et la vie libre, ou encore, s'il y a lieu, dans les hospices ;

Placement « définitif dans les ateliers et les maisons de commerce, d'agriculture, etc., surveillance de l'aliéné guéri dans la place où il est occupé ».

Ce programme comporte le rôle complet que peuvent jouer des sociétés de patronage arrivées à leur maximum de déve-

loppement. Tout ce qui est indiqué là, si l'on prend chaque chose en détail, a été fait par l'une ou l'autre des sociétés de secours existant déjà. Mais cet ensemble ne constitue pas un tout dont on ne puisse rien détacher, et les promoteurs de la résolution n'ont assurément pas voulu dire que les sociétés de patronage sur les aliénés doivent comporter le programme entier ou ne pas exister.

Étudions donc ces divers moyens :

1° Secours de sortie en argent qui vient s'ajouter au pécule accumulé et fournit au convalescent sa première mise.

Ces fonds, avec des déséquilibres ou faibles d'esprit, sont souvent compromis par les entraînements autres que ceux au travail, voire même par la rapacité des milieux où tombe le malade. Il n'est pas rare, en effet, de voir la famille même s'attacher à les dépouiller.

Ces secours en argent peuvent toutefois être très utiles en cas de rapatriement.

2° Secours en nature.

Les aliénés qui sortent ont besoin d'être allégés du souci immédiat d'un gîte et de la subsistance pendant qu'ils cherchent du travail, et il importe de leur fournir des indications gratuites de personnes auxquelles ils s'adressent avec des références. Il est nécessaire que, pour ce faire, on les munisse d'une tenue convenable.

D'où nécessité de les pourvoir :

De bons gîtes ; de bons aliments ; de trousseaux appropriés à leur condition.

Et de bons de travail ou indications générales pour se placer et s'embaucher.

Les deux premiers desideratas sont remplis, dans la Seine, par l'asile-refuge du boulevard Kellermann. Sur bon des médecins d'Asiles faisant partie des patronages, les convalescents sont reçus, hébergés et nourris pendant un laps de temps de, porté sur le bon, et renouvelable sur avis du

médecin. Les convalescents sortent durant le jour, pour trouver de l'ouvrage et s'habituer aussi au contact de la société. Ils y prennent leurs repas. Si leurs recherches en vue de trouver du travail doivent les éloigner beaucoup et les tenir longtemps dehors, on les munit d'aliments froids pour le repas du midi. Ils rentrent le soir, dînent et se couchent. Le service, la surveillance sont assurés par des employés sous la direction d'un surveillant.

Les trousseaux alloués aux aliénés convalescents sont pris sur les trousseaux de succession, vêtements laissés à la propriété de l'Asile par la mort d'aliénés sans famille, les évasions, etc. On pourrait aussi, comme cela a lieu en Belgique, leur fournir des vêtements neufs, non semblables à l'uniforme intérieur, faits à l'Asile.

Quant aux bons de travail, ou indications générales pour se placer et s'embaucher, c'est à la fois le point le plus intéressant et le plus délicat.

L'œuvre de patronage pour le réaliser pourrait employer un des moyens suivants :

1° Faire office de bureau de placement gratuit. Ce serait évidemment le meilleur moyen, malheureusement il n'est pas réalisable le plus souvent, étant donné la fâcheuse réputation de l'aliénation mentale. Sauf quelques patrons intelligents et philanthropes, la majeure partie des employeurs hésitera à embaucher un aliéné guéri. C'est un signe de la persistance du préjugé ancien sur l'incurabilité de l'aliénation mentale. Aussi est-il bien difficile de donner, dans l'état actuel des idées de la société, l'allure d'un bureau de placement gratuit au patronage. On peut du moins toujours, officieusement, par l'intermédiaire des membres de la Société et de leurs amis, fournir aux convalescents des places appropriées à leur savoir. C'est dans ce sens que sont dirigés les efforts de l'œuvre parisienne du 90, boulevard Kellermann. Voici quelques cas, que nous extrayons du rapport de Mme Marie (*Bulletin*

de la Société de patronage des aliénés sortis guéris des Asiles et des quartiers d'hospices de la Seine, 1904).

« Un artiste peintre a trouvé place chez un dessinateur avant de finir son séjour à l'Asile-ouvrier. Ceci ne l'a point empêché de louer une chambre pour ne plus vivre que de son travail.

« Mlle Pell..., ancienne infirmière, fut reçue à l'Asile-ouvrier à sa sortie d'un Asile de la Seine. Placée depuis un an dans une maison de santé comme infirmière, elle se fait apprécier de ses supérieurs ainsi que des parents de la malade qu'elle soigne.

« Log..., sorti de l'Asile, ayant séjourné à diverses reprises dans notre refuge, se marie avec une cuisinière dans une bonne maison où il est valet de chambre très apprécié.

« Ancien officier de santé aux colonies, interné, sorti, a séjourné au 90, boulevard Kellermann à diverses reprises ; placé dans un Asile d'aliénés de province comme surveillant depuis huit mois. Nous conservons dans notre dossier des lettres de protestation de reconnaissance pour le sauvetage.

« Les métiers et les occupations de nos assistés sont très variés. Commençons par les camelots, métier de prédilection d'un grand nombre d'entre d'eux, démolisseurs de vieux souliers, hommes de peine aux Halles, dans les chemins de fer, plongeurs de vaisselle, laveurs de voitures, garçons de cuisine, valets de chambre ; les métiers plus relevés trouvent aussi des représentants parmi nos convalescents. C'est ainsi que nous pouvons citer un comptable, placé dans une maison de commerce de Paris ; un ancien clerc d'huissier repris par son patron ; plusieurs placés aux écritures d'adresses ; deux garçons de laboratoires et de pharmaciens, deux horlogers ambulants partis pour la province, trois mécaniciens travaillant dans les automobiles et même un journaliste. »

Assurément, le but à atteindre serait facilité au patronage si l'opinion publique cessait de considérer l'aliéné comme un

individu définitivement taré, irrémédiablement dangereux. L'œuvre de patronage pourrait en tous cas, par une propagande active, des articles de journaux, des brochures, des conférences, s'efforcer d'amener cette utile modification dans l'opinion, et son but serait atteint.

2° Un autre moyen qu'aurait l'œuvre de procurer du travail aux aliénés guéris serait d'établir des ateliers spécialement dirigés pour eux, et où ils pourraient gagner leur vie. La difficulté d'organisation serait évidemment difficile, en raison de l'augmentation sans cesse croissante du besoin de places nouvelles à chaque sortie d'aliénés des Asiles. D'autre part, il faudrait tenir compte du métier antérieur du malade, et cela ne laisserait pas de compliquer l'organisation. Enfin il faudrait, au début, une mise de fonds importante. Et pourtant, ce moyen serait excellent, non seulement pour les convalescents, que l'on pourrait aisément surveiller et guider avec délicatesse, mais encore pour la foule inoccupée des aliénés chroniques non dangereux, pour qui l'Asile comporte une rigueur et une discipline inutile. Nul doute que ce moyen n'entre en voie de réalisation dès qu'il sera aidé par les pouvoirs publics ;

3° Le paiement du loyer, le dégagement des objets mis au Mont-de-piété sont d'excellents moyens d'assistance dont la réalisation n'offre aucune difficulté et sur lesquels nous n'insisterons pas. La société de patronage pourrait également utilement intervenir en assumant les dépenses du déménagement de l'aliéné, soit que celui-ci veuille aller dans un quartier où son « cas » est inconnu et où on le considérera comme un homme normal, soit qu'il désire se rapatrier dans son département d'origine, ou s'en aller en province ;

4° Le placement de malades dans les Asiles de convalescence est un moyen qui comporte actuellement certaines difficultés. Il n'en était pas de même autrefois. Le service des convalescents des hôpitaux assistait parallèlement à ses

effectifs des convalescents des Asiles placés de 1892 à 1902 aux Asiles temporaires de la rue de Charenton et de la rue Fessart.

En ce qui concerne les hommes assistés au premier de ces Asiles, de 1892 à 1902, 658 malades aliénés convalescents ont été assistés pendant 15.235 journées pour 53.322 fr. 50 de frais. Mais depuis 1902, ces Asiles sont fermés aux convalescents aliénés.

5° L'assistance dans des cottages intermédiaires à l'internement complet et à la vie libre est encore un vœu. Nous nous bornerons à citer ici un passage du rapport présenté à l'administration par M. le docteur Marie en 1899 :

« Des femmes convalescentes pourraient être tout d'abord confiées aux nourriciers d'une colonie familiale, en s'en tenant de préférence, au début, à des malades d'un certain âge.

« D'une façon générale, les aliénées atteintes de psychose dépressive en voie d'amélioration semblent être celles en état de bénéficier le mieux du patronage familial.

« Ce qui s'est fait avec succès à l'étranger dans ces dernières années.

« En Belgique, en principe, les mélancolies aiguës elles-mêmes sont admises ; aussi compte-t-on une forte proportion de psychoses dépressives dans les sorties par guérison dans la colonie familiale de Lierneux (13 hommes sur 63, et 12 femmes sur 46).

« Les bouffées délirantes et d'excitation assez atténuées pourront être ensuite admises, mais avec précaution.

« Les catégories qui fournissent partout les guérisons les plus nombreuses sont les déprimés mélancoliques, les délirants transitoires débiles à accès épisodiques et à confusion mentale.

« Les alcooliques doivent être, peut-être, réservés aux placements de courte durée auprès d'un Asile proche de Paris.

« A la campagne, on n'en pourrait tenter l'envoi qu'après l'essai des catégories autres.

« Le milieu qui leur conviendrait serait alors plutôt les placements ruraux disséminés, préférables à un séjour plus fertile en tentations.

« Une colonie rurale, par exemple, conviendrait bien à des femmes convalescentes de ce genre.

« Pour les hommes convalescents, l'essai de tels placements transitoires reste légitime après la réussite indiscutable de la colonie d'Ainay ; mais l'observation générale relative à la dissémination rurale de préférence s'applique *a fortiori*.

« Sans exclure *a priori* aucune catégorie, je crois devoir seulement indiquer ici un ordre dans lequel procéder aux extensions successives.

« Je conclurai donc à l'essai immédiat possible en commençant par le placement familial de mélancoliques femmes convalescentes d'un certain âge.

« D'une façon générale, je crois préférable de placer au début ces mélancoliques convalescentes dans un milieu assez aggloméré dont la population est bien accoutumée aux placements familiaux et où la surveillance soit plus étroite et directe, en même temps que la possibilité immédiate d'isoler à une infirmerie centrale donne une garantie de plus en cas de rechute.

« Là, on pourrait également réserver pour cela les cas susceptibles d'un patronage transitoire de quelque durée ; les autres, courts, pouvant être placés au voisinage d'un grand Asile proche de Paris, comme il en fut question.

« Là, le plus court passage pourrait compenser le prix de journée plus élevé, en même temps que les frais de transport seront moindres.

« Le printemps serait la saison la meilleure pour ces

envois, et le temps minimum de 2 à 3 mois environ (en supposant qu'il n'y ait aucune rechute).

« Ce patronage améliorerait la guérison et la rendrait plus sûre, il serait moins long, moins coûteux à temps égal que l'Asile qu'il contribuerait à désencombrer.

« On pourrait occuper la convalescente et lui appliquer, avec le traitement moral, le milieu familial, pierre de touche de la guérison à confirmer.

« S'occupant tout d'abord, sans souci du lendemain, elle pourrait être payée au prix du pays, ses gains formant une petite masse qu'elle toucherait au départ avec une allocation sur la fondation d'Andrée.

« A la belle saison, la convalescente serait mise en congé d'essai sur place où, avec les garanties qu'on pourrait obtenir de sa propre famille, elle se trouverait ainsi replacée peu à peu dans la lutte ordinaire par transitions progressives, après un entraînement gradué, au meilleur moment de l'année et dans un milieu calme, reposant, différent de celui où étaient éclos les troubles mentaux initiaux.

« Reste la question de la situation administrative ainsi placée.

« A ce point de vue, je pense que le procédé dont il avait été fait usage au début pour les chroniques peut s'appliquer :

« C'est-à-dire que ces envois de convalescentes doivent être faits par voie de sortie en quelque sorte conditionnelle.

« Les malades ainsi sorties transitoirement, assistées comme convalescentes libres, ne seraient pas portées au registre de la loi.

« Ainsi les responsabilités de l'administration seraient moindres, les retraites éventuelles à l'infirmerie fermées, et à l'Asile impliqueraient les formalités ordinaires de l'internement, tout comme nous procédions avec les chroniques de Dun avant l'assimilation à l'Asile... »

6° Quant à la surveillance de l'aliéné guéri dans la place où il est occupé, c'est un point délicat et difficile, que l'on est actuellement obligé de laisser de côté dans les patronages. D'autre part, il est difficile, étant donnée l'opinion publique désavantageuse aux aliénés, de recueillir des renseignements auprès des patrons, auprès de tiers, parfois même auprès de la famille qui s'effraie de cette surveillance, preuve apparente de la possibilité d'une rechute, et qui, de plus, peut s'en servir auprès de l'ancien malade comme d'un argument menaçant. Il faut que le malade vienne lui-même trouver le médecin, conscient qu'il est devenu de l'utilité de cette démarche. Or, le patronage, tel qu'il existe à Paris, ne peut lui servir en ce cas, le médecin ne s'y trouvant qu'en inspection et non d'une manière permanente. D'autre part, l'Asile dont l'aliéné est sorti est parfois bien loin.

Il serait très utile que, dans le but de permettre aux aliénés sortis guéris de recevoir des conseils et des soins, il soit créé un établissement spécial confié à un médecin spécialiste qui y séjournerait à certaines heures. Ce serait un *dispensaire psychiatrique*. On y soignerait, ainsi qu'à la consultation de l'Asile clinique, les aliénés convalescents et des épileptiques, nerveux, alcooliques, neurasthéniques et affaiblis mentaux de tout ordre. Mais précisément la présence de ce contingent de malades non aliénés éloignerait de ce dispensaire le renom fâcheux des Asiles, et les malades anciennement internés n'auraient plus la crainte de voir mal interpréter leur démarche, si elle était connue. En outre, ce dispensaire pourrait être ouvert aux heures où les ouvriers ne sont pas retenus par leur travail, le samedi soir, par exemple, ou le dimanche matin, tel jour enfin où ils ont leur repos hebdomadaire.

Le personnel serait peu nombreux : le médecin et un ou deux employés, dont l'un surveillerait les arrivées, distribuerait des numéros d'ordre ; l'autre serait chargé de distri-

buer les médicaments, très simples, nécessaires. Le local pourrait être sans faste et sans ampleur. Deux ou trois pièces suffiraient. Au point de vue des formalités, peu de choses ou rien. Pas de cahier de visite, avec leur indiscretion forcée ; juste un registre d'observations et un cahier où seraient notés les médicaments délivrés. Le bulletin de sortie de l'Asile d'aliénés ne serait même pas exigible, d'autres malades indigents pouvant venir se faire soigner.

Au besoin, on pourrait annexer un service hydrothérapique ou relier le dispensaire au service hydrothérapique de Sainte-Anne ou des hôpitaux à bains externes.

Par ce procédé, la surveillance des aliénés pourrait être facilitée et entrer de la théorie dans la pratique. On pourrait constater les améliorations, prévoir les rechutes et s'efforcer ainsi de conjurer les dangers qu'elles entraînent. Des conseils utiles aux aliénés pourraient être donnés à ceux-ci, selon les cas.

Enfin, le dispensaire viendrait se joindre aux œuvres de tempérance pour éviter, dans le domaine du possible, les rechutes des alcooliques. Les conseils du médecin pourraient contrebalancer les entraînements et les exemples pernicieux du dehors. Un traitement psychothérapique pourrait découler de visites fréquentes des alcooliques, toujours prêts à se convertir, fût-ce pour un temps seulement, lorsqu'ils souffrent d'excès récents, soit que leur estomac devienne douloureux, soit qu'ils présentent des accidents hépatiques, rénaux, etc., de l'alcoolisme.

En résumé, donc, nous dirons que le but n'est pas encore atteint, malgré les dévouements privés, par les sociétés de patronage. Il est utile qu'un établissement adjoint fonctionne parallèlement pour permettre l'accomplissement du dernier vœu de l'administration : la surveillance des aliénés guéris dans leur place.

CHAPITRE V

ETUDE MORALE ET MÉDICO-LÉGALE

Les graves questions de responsabilité se posent quand il s'agit d'appliquer les nouvelles méthodes d'assistance et de traitement par l'*open-door* et le patronage à l'égard des aliénés.

Aussi a-t-on cherché à établir, à l'occasion des crimes ou délits possibles commis par les malades soumis à la porte ouverte, en permission à l'Asile ou au dehors, quelle serait la responsabilité des répondants d'une part, et, subsidiairement, des médecins et de l'Administration dont ils dépendent. Il est bien évident, en effet, que de cette question de responsabilité dépend toute l'extension de ces systèmes nouveaux d'assistance. Leur vogue serait vite compromise, si l'on voyait prévaloir, en droit et juridiquement, la théorie de la responsabilité pénale et civile des agents de l'Administration et de l'Administration même.

Quel est le médecin qui se risquerait à désigner un malade pour le patronage de convalescence ou pour la sortie en permission hors l'Asile si les tribunaux le rendaient garant des excès toujours possibles de la part des malades comme des bien portants ?

Aussi pensons-nous qu'ici la responsabilité du médecin est la même ; qu'en cas de sortie, il n'est responsable, là comme

ailleurs, qu'en cas de faute lourde démontrée dans tel cas particulier.

Le Dr Marie a proposé que la situation des malades placés dans les quartiers de convalescence ou envoyés au patronage familial transitoire de convalescence soit assimilée à celle des épileptiques non aliénés assistés dans les sections annexées aux asiles, mais en dehors de la loi de 1838 et sortis de son régime. D'ailleurs, outre le précédent des épileptiques simples, il y a celui de Dun même, où pendant cinq ans les aliénés assistés en famille l'ont été par voie de sortie, jusqu'à ce que la colonie fût une institution consacrée et reconnue assimilée à l'Asile public (26 février 1896). Nous savons bien qu'il y a là matière à arguties au point de vue de la contribution aux frais d'assistance et de l'imputation du prix des journées, mais ce n'est là qu'une question budgétaire parfaitement soluble en droit comme en fait, et qui d'ailleurs ne se pose pas quand il s'agit uniquement du patronage, qui relève jusqu'ici d'une œuvre privée.

Quoi qu'il en soit, il y a lieu de corroborer l'expérience de Dun, la seule en France pour ces questions, par l'expérience de médecins étrangers qui pratiquent l'*open-door* et le patronage familial.

MM. les Drs Marie et Toulouse ont adressé un questionnaire sur ces points, aux médecins inspecteurs d'Ecosse et aux médecins directeurs des colonies et patronages belges, allemands, russes et américains. L'enquête a été plutôt négative.

En Allemagne, à Dallorf, le Dr Rothe signale quatre cas de grossesse avec un contingent de 424 malades, dont 214 femmes et un cas de traumatisme grave causé par un malade. Les grossesses survenues dans la famille même des malades ne purent donner lieu à aucune poursuite. Quant au traumatisme, il donna lieu à des soins et indemnités identiques à ceux qui s'appliquent aux cas d'infirmiers blessés dans le service intérieur de l'Asile.

En Russie, les patronages familiaux de Ballachna, près Nijni-Novgorod, et de Divitza, près Voronège, étaient trop récents pour avoir eu des accidents. Celui de Moscou, annexé à l'Asile Alexeïeff n'a pas tout à fait 100 malades ; mais, malgré les préventions et l'hostilité des autorités voisines, il n'a pas donné lieu à des poursuites judiciaires pour délits sérieux imputables aux malades ; il est permis d'attribuer ce résultat au choix judicieux des malades.

Au patronage d'Ekaterinoslav, on relève deux cas de brutalités commises par les malades. Dans l'un et l'autre cas, les victimes refusèrent de porter plainte en justice.

En France, la colonie familiale de Dun existe depuis 1892. Sinon par la nature des malades, du moins par l'analogie de situation qui existe entre la liberté *protégée* des convalescents assistés et la liberté *mitigée* des colons, ces deux modes de traitement se ressemblent. Il est intéressant de prendre les renseignements fournis par la colonisation familiale, qui dure déjà depuis quatorze ans. On ne rencontre, outre les obligatoires infractions au Code rural pour cueillette de fruits et de légumes, qu'un délit de pêche ayant entraîné confiscation de l'engin que le malade avait fait à mailles trop petites.

En Amérique, suivant M. Bell, l'assistance des patronages du Massachussets est étendue à une proportion bien plus considérable de malades que chez nous.

C'est ainsi que l'auteur précité a développé cette idée que l'on peut arriver à assister hors l'Asile 60 0/0 des aliénés. Dans ce nombre, il y a beaucoup de convalescents transitivement assistés en famille ou en section ouverte (analogue aux patronages français). Malgré cela, peu d'inconvénients particuliers au point de vue délictuel.

En Ecosse, par ailleurs, écrit M. l'inspecteur Sibbald, il y a dans la loi sur les aliénés un article (99) dont voici le résumé :

« ART. 99. — Chaque fonctionnaire ou employé chargé de

fonctions administratives à l'égard des aliénés qui maltraitera, négligera ou fera du mal à un aliéné, sera jugé coupable d'un délit, et peut être condamné à une amende qui ne pourra excéder 2.500 francs, ou à un emprisonnement qui ne pourra excéder six mois.

« En cas de crime ou délit par un aliéné placé en famille, il y a poursuite, identiquement comme au cas d'une personne non aliénée.

« Mais au commencement de la procédure, l'état mental du sujet sera l'objet d'une enquête, et s'il n'y a pas de doute qu'il est fou, on le relèguera dans un Asile comme dangereux. Le fait qu'il ait été placé comme aliéné en famille n'empêche pas que le tribunal fasse enquête de nouveau sur son état mental. »

En Belgique, en ce qui concerne les responsabilités de l'administration, voilà la teneur de l'article 3 du règlement de la colonie de Lierneux :

« Chaque aliéné est placé sous la garde spéciale et la surveillance directe de l'hôte ou du nourricier.

« Ceux-ci sont responsables de tous les dommages ou dégâts que leur pensionnaire occasionnerait. »

L'article 1382 du Code civil belge dispose ainsi :

« Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

Il semble que ces articles règlent la question : Si aucune faute n'a été commise, il n'y a aucun recours possible contre le nourricier ni contre l'administration de la colonie, l'aliéné étant irresponsable, et les conséquences dommageables que pourrait avoir sa présence dans la commune ne pouvant être imputées au nourricier ou à la direction, aussi longtemps qu'ils ne sont pas en faute.

C'est donc une question de fait qui doit être résolue sui-

vant les circonstances et qui ne comporte pas une solution en principe.

« Depuis que je dirige la colonie de Lierneux, écrit le docteur Depéron, c'est-à-dire depuis huit ans, je ne me souviens pas d'avoir eu des difficultés sérieuses concernant les méfaits commis par les aliénés. Si le malade est malfaisant ou malveillant, j'essaie d'un déplacement de nourricier ou de hameau et, au besoin, je transfère dans un Asile fermé l'aliéné reconnu inapte au régime familial. »

A Gheel, comme à Lierneux, le règlement dit simplement que le nourricier est responsable des actes commis par les aliénés; comme il n'y a jamais eu d'accidents graves, on n'a jamais eu l'occasion d'appliquer le règlement. « J'ai vu, pour ma part, dit M. Peeters, un nourricier être condamné à une amende (à tort selon moi) parce qu'il avait laissé une porte ouverte et que son malade en avait profité pour se suicider. »

Dans le cas du bourgmestre de Gheel, tué par Xincevall, en 1844, donc avant l'organisation du régime des aliénés, Xincevall comparut devant la Cour d'assises; condamné à mort, il fut interné dans une maison d'aliénés. Il n'y a jamais eu d'autres accidents de ce genre.

Les quelques lignes qui précèdent suffisent à démontrer que l'aliéné peut être, hors l'Asile, soumis à une surveillance médicale efficace. Notons que cette surveillance est moins utile dans les patronages que dans les colonies familiales qui, outre les convalescents, contiennent un bon nombre d'aliénés chroniques, affaiblis ou délirants.

C'est surtout dans le cas de patronage qu'il importe de dégager les médecins et l'administration des responsabilités étroites, en considérant ces convalescents comme sortis du régime de la loi de 1838 et non aliénés. Actuellement, c'est le brusque retour à la vie commune qui expose l'aliéné sortant à toutes les chances d'accidents sexuels ou autres; l'administration et les médecins s'en lavent les mains, et l'alié-

né guéri hors l'asile cesse d'espérer tout secours et appui; à moins de s'appuyer sur le patronage jusqu'à ce que l'assurance de gagner honnêtement sa vie lui permette de vivre en dehors de lui.

Réclamé par M. Monod dès 1889, le Pavillon ouvert des convalescents, ou mieux le patronage qui le remplace, ne rend des services que depuis 1896. Jusque-là, un certain nombre de malades ne sortaient jamais, parce que le saut était trop brusque entre la séquestration complète et la pleine liberté du dehors: tantôt c'est le médecin, tantôt c'est le malade lui-même qui hésitait devant ce saut dans l'inconnu. Il est de ces malades qui sont atteints après une intoxication, une maladie infectieuse, une émotion, une crise convulsive ou toute autre cause de troubles mentaux qui se dissipent en quelques jours. Ils arrivent au patronage complètement guéris, et se replacent rapidement. Autrefois, on les conservait à l'asile pendant un temps plus ou moins long. L'énergie s'émoissait, le malade sans place et sans famille se trouvait, au bout de quelques mois, incapable de sortir, restant ainsi pour longtemps et quelquefois pour toujours à la charge du département. En leur donnant, dès qu'ils n'ont plus de troubles mentaux, une liberté complète mais protégée, on les rend plus facilement à la société.

CONCLUSIONS

On a souvent à s'occuper de la question de la convalescence des aliénés, puisque, dans le département de la Seine, 2.000 sur 13.000 environ sortent chaque année, guéris ou améliorés, des Asiles publics. Sur ce nombre, beaucoup sont des indigents, à qui la vie sera difficile à leur sortie. Leur convalescence peut en être arrêtée, et ils peuvent avoir, à la suite des difficultés, surmenages, misère, chagrins, alcoolisme par découragement, des occasions de rechute.

Parmi les aliénés améliorés ou guéris, les malades atteints de psychose infectieuse ou toxique, de psycho-névroses, sont les plus nombreux et les plus intéressants. Il leur est utile de trouver hors de l'Asile un conseil et un soutien, pour leur permettre d'affronter les difficultés de la vie sociale.

A l'étranger, ainsi qu'en France, la question de leur assistance a soulevé des discussions et des vœux depuis plus de cinquante ans.

En France, à Paris ainsi qu'à Lyon, dans la Meurthe-et-Moselle et auprès de quelques Asiles, fonctionnent des Sociétés de patronages qui tendent à garantir l'aliéné convalescent contre les dangers du dehors.

Si grands que soient les efforts de ces sociétés, tout n'est pas encore fait. Il serait désirable qu'en France il existe :

1° Des patronages en plus grand nombre, dans chaque département.

2° Des dispensaires psychiatriques où l'aliéné trouverait les médicaments dont il a besoin et aussi le traitement psychique tout particulier qui l'encourage et le défend.

3° Des ateliers spéciaux pour anciens aliénés et alcooliques, ces derniers devant retirer les meilleurs effets de la fréquentation des restaurants de tempérance.

Une telle organisation peut être du ressort de l'initiative privée. Toutefois, il nous semble utile qu'elle soit appuyée de mesures législatives.

APPENDICE

SOCIÉTÉ DE PATRONAGE DES ALIÉNÉS GUÉRIS DE LA SEINE

Statuts

I. — *But et composition de la société.*

ARTICLE PREMIER. — L'association dite : Société de patronage des aliénés guéris, fondée à Paris, en 1896, a pour but :

1° De venir en aide aux malades indigents ou nécessiteux, majeurs ou mineurs, pensionnaires de la Seine, sortis des asiles publics ou des quartiers d'hospice ;

3° De combattre les préjugés relatifs à l'hospitalisation des aliénés, à l'incurabilité et au traitement de l'aliénation mentale.

Le concours de la Société s'étend aux enfants des aliénés et au besoin à leurs proches.

Elle a son siège à Paris.

ART. 2. — La Société se compose de membre perpétuels (ou fondateurs), de membres titulaires, de membres adhérents et de membres auxiliaires.

Le titre de membre perpétuel ou fondateur s'acquiert par le don fait à la société d'un capital de 200 francs au minimum.

Le titre de membre titulaire est acquis à toute personne payant une souscription de 20 francs au moins.

Le titre de membres adhérents appartient aux personnes qui payeront une cotisation de 5 francs.

Le titre de membres auxiliaires appartient aux personnes qui, sans effectuer aucun versement, sont chargées par le Conseil d'administration de visiter un certain nombre d'anciens aliénés, de leur porter des encouragements et au besoin des secours.

Les membres fondateurs, titulaires, adhérents, auxiliaires, ont voix à l'assemblée générale.

ART. 3. — La qualité de membre de la Société se perd :

1° Par démission ;

2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par le Conseil d'administration, le membre intéressé ayant été préalablement appelé à fournir ses explications.

II. — Administration et fonctionnement.

ART. 4. — La direction de la Société est confiée à un Conseil d'administration composé de membres de droit et de membres élus.

Les membres de droit sont :

1° Le préfet de la Seine, le président du Conseil général de la Seine, le président du Conseil municipal de Paris, présidents d'honneur de la Société ;

2° Le directeur ou sous-directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine ;

3° Le directeur, le médecin-directeur et les médecins chefs de services de chacun des Asiles ou quartiers d'hospices de la Seine.

Les membres élus sont au nombre de trente, savoir :

1° Six élus par la Commission de surveillance des Asiles publics d'aliénés

2° Vingt-quatre élus par l'assemblée générale annuelle.

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les ans. Le tirage au sort désigne les membres sortants pendant les deux premières années. Après la troisième année, les membres élus sortiront par voie de roulement.

Les membres sortants sont rééligibles.

Le Conseil d'administration choisit parmi ses membres, après chaque renouvellement : un président, deux vice-présidents, deux secrétaires, un trésorier et un comité de direction composé de dix membres.

ART. 5. — Le Conseil d'administration se réunit chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du quart de ses membres. Il peut, après avis du Comité de direction, accepter des dons et legs, acquérir ou échanger des immeubles ou des valeurs mobilières, faire des constructions nouvelles, emprunter et hypothéquer, tester en justice, plaider et transiger, sous les conditions prévues par la loi, donner tous désistements et mainlevées, et généralement faire tous les actes de disposition ou d'administration que besoin serait.

ART. 6. — Le Comité de direction se réunit tous les mois, et, en outre, chaque fois que les besoins de la Société l'exigent.

Le président du Conseil d'administration (ou en cas d'empêchement, un des vice-présidents de droit du Comité de direction).

Les secrétaires et les trésoriers du Conseil d'administration sont de droit secrétaires et trésoriers du Comité de direction.

Le Comité délibère à la majorité des voix.

La voix du président est prépondérante.

Le Comité est chargé de la question matérielle et morale de la Société, de l'ensemble et des détails de son administration. Il présente au Conseil d'administration les comptes et les budgets de la Société et donne son avis sur toutes les questions qui lui sont soumises par le Conseil d'administration.

ART. 7. — L'Assemblée générale des membres de la Société se réunit au moins une fois chaque année, et chaque fois qu'elle est convoquée par le Conseil d'administration ou sur la demande du quart au moins de ses membres.

Le Conseil d'administration y expose la situation morale et financière de la Société et rend compte des résultats obtenus.

L'assemblée générale, en sa séance annuelle, approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant et pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'administration décédés ou ayant cessé de remplir leurs fonctions.

Dans la même séance, l'assemblée délibère, quel que soit d'ailleurs le nombre des membres présents, sur toutes les questions qui lui sont soumises par le Conseil d'administration dans l'intérêt de la Société.

Le compte rendu de la séance annuelle est adressé à MM. les membres de la Société, à M. le Ministre de l'Intérieur, à M. le Préfet de la Seine, à M. le Préfet de police, aux conseillers généraux et aux membres de la Commission de surveillance.

ART. 8. — Le Président, ou un membre du Conseil d'administration délégué par lui, remplit les fonctions d'ordonnateur, et à ce titre, signe et délivre tout mandat pour l'acquittement des dépenses.

ART. 9. — Le Secrétaire rédige les procès-verbaux du Comité de direction, du Conseil d'administration et de l'assemblée générale, et les signe avec le Président.

Il a la surveillance et la garde des archives.

ART. 10. — Le Trésorier est chargé de la perception des produits des revenus de la Société et du paiement des dépenses.

Il prépare les budgets, les comptes et les soumet au Comité de direction à qui il communique, à chaque séance, l'état de la caisse et la situation financière de la Société.

Il rend compte de sa gestion, par l'entremise du Comité de direction, au Conseil d'administration ; il vise toutes les pièces de comptabilité ; il signe, en vertu d'autorisations spéciales du Conseil d'administration, toutes les ventes, transports de fonds publics ou autres valeurs mobilières, tout achat, vente ou échange d'immeubles, tous baux et marchés et leur résiliation.

Il tient deux registres, l'un pour l'inscription des recettes et dépenses de la Société, et l'autre pour celle des titres et valeurs dont il a le dépôt et la garde.

Il représente la Société en justice, mais il ne peut agir en ce cas qu'en vertu d'une délibération spéciale du Conseil d'administration.

III. — Ressources annuelles et fonds de réserve.

ART. 11. — Les ressources annuelles de la Société se composent :

- 1^o Des cotisations des membres des différentes catégories ;
- 2^o Des revenus de toute nature provenant des biens et valeurs leur appartenant ;
- 3^o Des subventions allouées par l'Etat, le département ou les communes ;
- 4^o Du produit des loteries, bals, concerts, matinées, kermesses, ventes de bienfaisance, conférences, etc. ;
- 5^o Des dons et legs dont l'acceptation aura été autorisé par le pouvoir compétent ;
- 6^o Du produit des troncés placés dans les Asiles et quartiers d'hospices de la Seine.

ART. 12. — Le fonds de réserve comprend :

- 1^o Le dixième au moins de l'excédent des ressources annuelles ;
- 2^o Les sommes versées pour le rachat des cotisations ;
- 3^o Le produit des libéralités autorisées sans emploi.

ART. 13. — Le fonds de réserve est placé en rentes nominatives à 3 0/0 sur l'Etat, ou en obligations nominatives de la Ville de Paris et du département de la Seine, et en obligations de chemin de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'Etat.

Il peut également être employé en acquisitions d'immeubles, pourvu que ces immeubles soient nécessaires au fonctionnement de la Société, ou en prêts hypothécaires pourvu que le montant de ces prêts, réuni aux sommes garanties par les autres inscriptions ou privilèges qui grèvent l'immeuble, ne dépasse pas les deux tiers de sa valeur estimative.

IV. — Des secours.

ART. 14. — Des secours proportionnés aux ressources de la Société sont distribués soit à domicile, soit aux maisons d'assistance existantes ou à créer, soit en nature ou en argent, par les soins du Comité de direction, aux patronnés, tant hommes que femmes et enfants ;

ART. 15. — Les secours moraux sont donnés aux patronnés par tous les membres de la Société. Ils s'informent de l'Etat moral des patronnés, font connaître au médecin ou au Président du Comité de direction les irrégularités de caractère et les troubles de l'intelligence qui leur ont été désignés, et distribuent les secours en nature et en argent lorsqu'ils en sont chargés par le Comité.

ART. 16. — Les fonctions des médecins de la Société consistent en des consultations qu'ils donneront ou des visites qu'ils feront à ceux des patro-

nés ou à leurs enfants, appartenant à leur circonscription, qu'ils ont visités eux-mêmes ou qui leur sont signalés. Ces fonctions ne peuvent être rétribuées que par décision spéciale du Comité de direction.

V. — Modifications des statuts et dissolution.

ART. 17. — Nul changement ne pourra être apporté aux présents Statuts qu'après avoir été décidé par l'assemblée générale, à la majorité des deux tiers des membres présents.

ART. 18. — L'Assemblée générale, appelée à se prononcer sur la dissolution de l'Association et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre au moins la moitié plus un de ses membres en exercice. La dissolution ne peut être votée qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

ART. 19. — En cas de dissolution ou en cas de retrait de la reconnaissance de l'Association comme établissement d'utilité publique, l'Assemblée générale désignera un ou plusieurs Commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association. Les immeubles, meubles, capitaux et autres valeurs lui appartenant, deviendront alors la propriété du Domaine départemental avec affectation spéciale au bien-être des aliénés.

VI. — Règlements intérieurs.

ART. 20. — Un règlement intérieur, adopté par l'Assemblée générale, arrête les conditions de détail propres à assurer l'exécution des présents Statuts.

Il peut toujours être modifié dans la même forme.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ LEFEVRE. — La convalescence des aliénés, *Revue de Paris*, n° 3, 1^{er} février 1903, p. 640.
- BAILLARGER. — *Maladies mentales*, 1868.
- BALL. — *Leçons sur les aliénés*.
- G. BALLET. — *Traité de pathologie mentale*, 1904.
- BENON. — *Etude clinique sur les lésions circonscrites*, 1905.
- BOUCHARD et BRISSAUD. — *Traité de médecine*, 1899.
- BULLETINS de la Société de patronage des aliénés, 1898 à 1906.
- CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE ET D'ASSISTANCE. — Paris, 1878-1889 ; Rouen, 1890 ; Lyon, 1891 ; Blois, 1892 ; La Rochelle, 1893 ; Clermont-Ferrand, 1894 ; Bordeaux, 1895 ; Nancy, 1896 ; Toulouse, 1897 ; Angers, 1898 ; Marseille, 1899 ; Paris, 1900 ; Limoges, 1901 ; Grenoble, 1902 ; Bruxelles, 1903 ; Pau, 1904 ; Rennes, 1905 ; Lille, 1906.
- CULLERRE. — *Traité des maladies mentales*, 1890.
- DISCUSSIONS de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance. Discours du Dr Toulouse, *La Revue Philanthropique*, n° 76, 10 août 1903, p. 466.
- ESQUIROL. — *Des maladies mentales*, 1831.
- FABRET. — *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, 1869.
- FOVILLE. — *Moyens de combattre l'ivrognerie*, 1872.
- GRASSET. — *Le spiritisme devant la science*, 1904.
- KOVALEWSKI. — *Hygiène et traitement des maladies mentales*, 1890.
- KRAFFT EBBING. — *Psychiatrie*, 1893.
- LEGRAIN. — Rapport présenté sur la convalescence des aliénés, 1894.
- LEGRAIN. — *Hérédité et alcoolisme*, 1889.
- Dr MARIE. — *Revue critique de la convalescence dans les maladies mentales*, *Revue de Psychiatrie*, n° 11, novembre 1903, p. 1.
- RÉGIS. — *Traité de psychiatrie*, 1905.
- VALLON et MARIE. — *Les aliénés en Russie*, 1905.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	1
CHAPITRE PREMIER. — Historique	4
CHAPITRE II. — Situation de la question à l'étranger	17
CHAPITRE III. — Etude clinique sur la convalescence chez les aliénés.	26
CHAPITRE IV. — Voies et moyens d'application	49
CHAPITRE V. — Etude morale et médico-légale	60
CONCLUSIONS	66
APPENDICE	69
BIBLIOGRAPHIE	75

