

Histoires et mémoires de Cery. (Dé)Construire la psychiatrie après 1945

Mikhaël Moreau et Aude Fauvel

*Je ris parce que je commence à croire qu'un jour je serai hors de ces murs où
je me sens un peu en prison ; il y aura le printemps.*

Une patiente de Cery, à propos d'elle-même ...
et de la psychiatrie ?
La Licorne, avril-mai 1972

HISTOIRES ET
MÉMOIRES DE

CERY

 Construire la psychiatrie après 1945

Sous la direction de
Mikhaël Moreau
et
Aude Fauvel

Remerciements	11
Comment naviguer dans ce livre	13
Aude Fauvel et Mikhaël Moreau	17
Préambule	
Direction : Laurence Monnais	
Responsable éditoriale : Alba Brizzi	
Direction artistique et réalisation graphique : Pierre Stringa	
L'Institut des humanités en médecine (CHUV-Faculté de biologie et de médecine/ Université de Lausanne) édite BHMS, Bibliothèque d'Histoire de la Médecine et de la Santé.	
BHMS comprend trois collections :	
- Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé	
- Sources en perspective	
- Hors-série	
BHMS publie des travaux, essais et documents relatifs à l'histoire de la médecine et des sciences de la vie, de l'Antiquité à l'époque contemporaine. BHMS entend contribuer au dialogue interdisciplinaire et transversal entre sciences humaines, médecine et sciences du vivant.	
Ses publications, expertisées par des spécialistes, s'adressent aussi bien aux chercheuses et chercheurs, universitaires et professionnel-le-s concerné-e-s, qu'à un public élargi, soucieux d'alimenter sa réflexion sur les questions les plus actuelles à partir d'études et de documents historiques.	
BHMS est diffusée par Médecine & Hygiène/Georg et ses ouvrages sont disponibles dans toutes les librairies ou en ligne sur les plateformes habituelles.	
Collection : Hors-série	
© 2025 Éditions BHMS c/o CHUV	
ISBN (Papier) 978-2-940527-39-7	
ISBN (PDF) 978-2-940527-59-5	
DOI : 10.37400/BHMS.27595	
DOI : https://doi.org/10.37400/BHMS.27595	
	
Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation, y compris par la photocopie, réservés pour tous les pays. Cet ouvrage est publié sous la licence Creative Commons	
CC BY-NC-ND (Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification)	
Éditions BHMS c/o CHUV	
Institut des humanités en médecine, Av. de Provence 82	
CH-1006 Lausanne	
T. +41 (0)21 314 70 50	
bhms@chuv.ch	
www.chuv.ch/bhms	

		Entretien	
		Kerstin von Plessen	19
		Cery après 1945 : du passé vers le présent... et le futur ?	

Partie 1 - De l'asile au site de Cery			
		Entretiens	
Mikhaël Moreau	27	Barbara Steck	46
	Cery, une institution au cœur de multiples reconfigurations	Devenir pédopsychiatre dans les années 1970 - 1980	
Mikhaël Moreau	51	François Borgeat	60
	Lier l'hôpital et l'ambulatoire, spécialiser les filières : réorganiser la psychiatrie adulte	Réorganiser la psychiatrie adulte et l'hôpital	
		Patrice Guex	63
		Intégrer la psychiatrie au CHUV. La création du DP-CHUV	
		Jacques Gasser	67
		Construire le Nouvel Hôpital	

Partie 2 - Vivre et travailler à Cery. Histoires du quotidien hospitalier			
		Entretiens	
Émilie Bovet et Aude Fauvel	73	Andreas Steck	94
	Le lit à Cery : simple meuble ou objet de débat ?	Une enfance à Cery. Mes souvenirs et ceux de ma mère, Éva Steck née Dürrenmatt	
Mikhaël Moreau	87	Claude Cantini	102
	Le journal des pensionnaires <i>La Licorne</i> et l'expérience des « Groupes de représentants des divisions »	Souvenir d'un ancien infirmier à Cery	
Marco Cicchini	91		
	Écrire à l'asile sur l'asile : l'exploit de Marc Christin		
Mikhaël Moreau	108		
	« Il faudrait désinstitutionnaliser l'hôpital » : autour d'une rencontre avec Pierre Dominique Scheder		

Partie 3 - Panser et penser l'esprit. Regards sur la folie			
		Entretiens	
Mikhaël Moreau	111	Abdeljalil Zahir	117
	Développer la recherche à Cery : orientations et structures	Patient qui lutte depuis 2012 contre l'alcoolisme	
Aude Fauvel	126	Élisabeth Fivaz-Depeursinge	118
	La nostalgie : un mal typiquement suisse ?	Parcours d'une thérapeute et d'une chercheuse au Centre d'étude de la famille	
		Cédric	122
		Mon vécu à Cery (2024)	
		Françoise Schenk	123
		Conduire des recherches en psychophysiologie	
		Pierre Magistretti	131
		Développer les neurosciences psychiatriques	

Partie 4 - L'art à Cery. Une histoire extraordinaire			
		Entretiens	
Florence Choquard	137	Pierre Dominique Scheder	153
	Hans Steck, le psychiatre qui collectionnait les œuvres des patient.es	Le Groupe Écriture du GRAAP Florilège de paroles pas si folles	
Élodie Murtas	146	Jon Monnard	157
	Le cinéma se projette sous tous les angles à Cery	Est-ce plus simple quand on ne porte ni le titre ni la blouse blanche ?	
Liste des contributeurs, contributrices et témoins	162	Éric B.	159
Fonds d'archives et sources imprimées / Bibliographie	164	Cery 2024, je m'éclate !	
Liste des QR-Codes	169	Sybil	160
Crédits des illustrations	170	Bénéficiaire des Ateliers de réhabilitation de Cery	

Remerciements

Ce livre est le fruit d'une collaboration féconde entre le Département de psychiatrie du CHUV et l'Institut des humanités en médecine CHUV-UNIL, initiée à l'occasion du Jubilé des 150+1 ans du site de Cery. Nous adressons nos remerciements sincères à toutes celles et tous ceux sans qui la réalisation de cette publication n'aurait pas été possible.

Nos remerciements chaleureux vont en particulier à la direction du Département de psychiatrie du CHUV, en les personnes de sa Directrice, la Professeure Kerstin von Plessen, le Directeur des soins Vincent Schneebeil, le Directeur administratif Luis Basterrechea et la Directrice des ressources humaines Véronique Dutoit. Nous tenons à exprimer notre reconnaissance toute particulière à la Professeure von Plessen pour son intérêt et son soutien dans la conduite de la recherche qui a sous-tendu l'ouvrage. Nous remercions également les membres du Comité d'organisation du Jubilé 150+1, Virginie Bovet Remund, Isabelle Cuche-Monnier, Jessica Scheurer, Éva Scuderi et Céline Vicario.

Nous exprimons notre profonde gratitude à celles et ceux qui ont accepté de nous livrer leur précieux témoignage : les Professeur.es François Borgeat, Élisabeth Fivaz-Depeursinge, Jacques Gasser, Patrice Guex, Pierre Magistretti, Françoise Schenk et Andreas Steck, la Docteure Barbara Steck, Pierre Dominique Scheder et les bénéficiaires de l'Atelier d'écriture animé à Cery par l'écrivain Jon Monnard, Sybil, Cédric et Éric, ainsi que leur collègue des Ateliers de réhabilitation, Abdeljalil Zahir. Leur témoignage a donné vie à une idée et nourri la mémoire d'une institution dont l'histoire récente demeure trop méconnue.

Ce projet n'aurait pas pu être mené à bien sans le concours des contributrices et contributeurs qui ont aimablement accepté de partager certains des résultats de leurs travaux : les Docteur.es Émilie Bovet, Florence Choquard, Marco Cicchini et Élodie Murtas. Qu'elles et ils en soient vivement remerciés.

Nos remerciements s'étendent aux institutions partenaires dont l'aide pour la récolte de documents et d'archives a été une pierre angulaire pour la constitution de cet ouvrage : les Archives cantonales vaudoises, et tout particulièrement l'archiviste Gilles Jeanmonod, l'Association Aloïse, la Bibliothèque cantonale universitaire de Lausanne, la Bibliothèque de l'Institut des humanités ; Magdalena Czartoryjska Meier, Roxane Fuschetto, Maïka Garcia Casse, Caroline Hofer, Diane Blanchard et Eugénie Siegler, la Bibliothèque psychiatrique universitaire de Lausanne, en particulier Joëlle Rosselet et Jean-Michel Tavelli, la Collection de l'Art Brut, en particulier l'archiviste Vincent Monod.

Nous remercions encore l'historien Matthias Sohr et l'écrivain Jean-Michel Wissmer pour leur relecture avisée du chapitre consacré à l'Art brut.

Nos remerciements vont aussi aux Professeur.es Cristina Ferreira et Jacques Gasser, au Docteur Ludovic Maugué, à Mirjana Farkas et à Sandrine Maulini pour le partage des résultats de leur recherche développée dans le cadre du projet du Fonds national suisse « Expertiser la transgression et la souffrance. Savoir et pouvoir de la psychiatrie légale », à laquelle Mikhaël Moreau a également participé.

Nous exprimons encore nos vifs remerciements aux Éditions BHMS, en les personnes de la Professeure Laurence Monnais et d'Alba Brizzi, pour leur soutien précieux et leur engagement indéfectible, ainsi qu'à Pierre Stringa pour la conception et la Direction artistique, ainsi que la production graphique de l'ouvrage. Leur professionnalisme, leur expertise et leur accompagnement ont été des atouts essentiels dans la réalisation de ce projet.

Enfin, nous souhaitons souligner tout spécialement notre vive reconnaissance à Émilie Bovet, dont l'engagement et la passion ont été des moteurs profondément inspirants, ainsi qu'à Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser pour leur disponibilité et leur générosité dans le partage d'une documentation riche et inédite.

Mikhaël Moreau et Aude Faurvel



Œuvre d’art dans le jardin des Ateliers de réhabilitation, derrière le bâtiment des Cèdres, 2024.

Liste des abréviations

ACV : Archives cantonales vaudoises
AFIRO : Association pour la formation initiale, la réadaptation et l'occupation
BCUL : Bibliothèque cantonale universitaire de Lausanne
BIHM : Bibliothèque de l'Institut des humanités en médecine
BPUL : Bibliothèque psychiatrique universitaire de Lausanne
BGC : *Bulletin du Grand Conseil du canton de Vaud*
BMI : Brain Mind Institute de l'EPFL
CAB : Collection de l'Art Brut
CEEP : Centre d'études de l'expression plastique
CEF : Centre d'étude de la famille
CHUV : Centre hospitalier universitaire vaudois
CNP : Centre de neurosciences psychiatriques
CP : Centre psychosocial
CPM : Centre de psychologie médicale du CHUV
CPS : Code pénal suisse
CRP : Centre de recherche psychopathologique
CTA : Centre thérapeutique pour adolescents
DAMPS : Division autonome de médecine psychosociale
DHR : Division hospitalière de réhabilitation
DJP : Département de justice et police du canton de Vaud
DP-CHUV : Département de psychiatrie du CHUV
DUPA : Département universitaire de psychiatrie adulte
EPFL : École polytechnique fédérale de Lausanne
EPO : Établissements pénitentiaires de la plaine de l'Orbe
FMH : *Fœderatio Medicorum Helveticorum*
FNS : Fonds national suisse de la recherche scientifique
GRAAP : Groupe d'accueil et d'action psychiatrique
HPG : Hôpital psychogériatrique de Prilly
HUG : Hôpitaux universitaires genevois
IHM : Institut des humanités en médecine
IUP : Institut universitaire de psychothérapie
LTP : Lausanne Triadic Play (Jeu Trilogique de Lausanne)
MSP : Maître socioprofessionnel.le
NCCR : National Center for Competence in Research du FNS
OBSAN : Observatoire suisse de la santé
OFS : Office fédéral de la statistique
OMPV : Office médico-pédagogique vaudois
PLAFA : Privation de liberté à des fins d'assistance
PMU : Policlinique médicale universitaire de Lausanne
PPUL : Policlinique psychiatrique universitaire de Lausanne
RTS : Radio Télévision suisse
SSP : Société suisse de psychiatrie
SSPPS : Service de la santé publique et de la planification sanitaire
SUPAA : Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé
SUPEA : Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
SUP : Service universitaire de psychogériatrie
SVHM : Société vaudoise d'hygiène mentale
TCC : Thérapie cognitivo-comportementale
UNIBAS : Université de Bâle
UNIGE : Université de Genève
UNIL : Université de Lausanne
UPCHM : Unité de psychiatrie de crise du handicap mental
UR : Unité de réhabilitation
USPFM : Unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs

Comment naviguer dans ce livre

Ce livre présente des recherches et des documents qui ont été assemblés dans la foulée du jubilé des 150+1 ans du site de Cery. Il ne propose donc pas un récit linéaire, mais offre plutôt d’aborder le passé selon un mode kaléidoscopique. Ce n’est pas *une* histoire qui y est ainsi retracée, mais *des* histoires qui restituent des points de vue différents sur l’évolution des prises en charge de la santé mentale après 1945. Les lectrices et lecteurs y découvriront notamment les multiples regards que différent.es soignant.es (infirmier.es, médecins, ergothérapeutes, etc.) ont posés au fil du temps sur les changements traversés par Cery. Ils et elles pourront aussi lire des témoignages de patient.es qui ont tenu à s’exprimer sur leurs expériences de l’institution psychiatrique.

Mode d’emploi

Pour rendre compte de cette diversité de mémoires et de vécus, l’ouvrage comprend quatre types de matériaux : des **contributions scientifiques**, des **entretiens**, des **documents** et des **productions artistiques**. Tous peuvent être lus de façon isolée et dans l’ordre souhaité. Un système de renvois permet d’identifier des informations complémentaires pour faciliter la lecture. La **chronologie** aide à se repérer plus facilement dans la succession des dates.

Les **contributions scientifiques** sont des recherches originales sur l’histoire de Cery, écrites par des spécialistes de l’histoire et des sciences sociales.

Les **entretiens** des acteur.ices clés de l’histoire de Cery ont été réalisés par Émilie Bovet et Mikhaël Moreau afin d’éclairer les transformations auxquelles elles et ils ont pris part. Ces entretiens ont été menés en suivant les règles de la méthodologie qualitative de manière à constituer un corpus d’archives orales utile pour de futur.es chercheur.es. Ces personnes représentent des catégories de populations variées. Elles ont toutes, par le passé, séjourné et/ou travaillé à Cery : ancien.nes habitant.es, usager.es (patient.es, représentant.es du Groupe d’accueil et d’action psychiatrique – GRAAP), professionnel.les de santé (médecins, psychologues, infirmier.es), chercheur.es et scientifiques (psychophysiologues, neuroscientifiques, psychiatres spécialisé.es). Elles ont toutes accepté d’être identifiées nommément, ont signé une décharge à cet effet et ont validé le contenu des comptes-rendus les concernant.

Des documents de différents types – règlements, articles de presse, extraits du journal des pensionnaires *La Licorne*, lettres, photographies, photogrammes de films, plans, schémas, organigrammes, etc. – ont été exhumés des archives et de diverses bibliothèques, en particulier les Archives cantonales vaudoises (ACV), la Bibliothèque de l’Institut des humanités en médecine (BIHM), la Bibliothèque cantonale universitaire de Lausanne (BCUL) et la Bibliothèque psychiatrique universitaire de Lausanne (BPUL). Certains de ces documents sont publiés pour la

première fois ici, à savoir des extraits du journal *La Licorne*, des photographies issues des archives personnelles de la famille Steck et des visuels issus de la BPUL.

Cery a été et demeure un lieu important de créativité artistique. Sont reproduites ici des œuvres, des créations littéraires, graphiques ou cinématographiques qui y ont été réalisées. De plus, des artistes et des bénéficiaires des Ateliers de réhabilitation ont souhaité exprimer ce que l'histoire de Cery leur inspirait : leurs productions artistiques originales sont également présentées dans ce livre.

La **chronologie** résume les principaux événements et changements survenus au cours des 150 ans d'existence de Cery. Dans sa partie droite sur fond bleu figurent les directions successives de l'institution. Dans la partie gauche sur fond vert apparaissent les dates marquantes aux niveaux institutionnel, législatif, politique, administratif et culturel qui ont influencé l'évolution de l'établissement et la structuration des soins psychiatriques dans le canton de Vaud.

Cet ouvrage a été structuré en quatre grandes parties thématiques. Tous les textes peuvent aussi se lire séparément et indépendamment les uns des autres.

Indications supplémentaires.

Dans cet ouvrage figurent de nombreux termes qui ne sont plus utilisés aujourd'hui, ou qui ont changé de sens, voire qui sont à présent chargés d'une connotation négative. S'agissant d'un livre d'histoire, nous n'avons pas opéré de censure anachronique dans les citations ou les expressions d'époque. Celles-ci sont à prendre comme des témoins historiques ; elles ne reflètent pas les opinions des contributrices et contributeurs.

Une écriture épïcène est utilisée selon le format suivant : soignant.es. Certains mots ne sont toutefois pas présentés sous la forme épïcène : dans les contributions des bénéficiaires et des artistes, pour respecter leurs choix de graphies ; dans les citations et dans les terminologies figées des époques passées (dans ce dernier cas, les mots sont généralement encadrés par des guillemets, par exemple : « les déséquilibrés ») ; et chaque fois qu'il y a une homogénéité genrée des populations (par exemple : « les patients travaillaient à la ferme » car seuls des hommes étaient occupés à cette activité).

Pour cette publication, et les recherches qui l'ont sous-tendue et portée, nous avons œuvré pour respecter les droits de tout.es les acteurs et actrices concerné.es. En ce qui concerne les documents d'archives, sont uniquement reproduites ou citées des sources qui peuvent être diffusées auprès du public. Pour ce qui est des témoignages de soignant.es ou de patient.es, nous avons respecté les souhaits émis par les personnes, qu'elles soient décédées ou encore vivantes : celles qui voulaient être anonymisées l'ont été ; celles qui préféraient être présentées uniquement par leurs prénoms, leurs initiales, un pseudonyme ou autre, l'ont également été. De même, nous avons respecté le souhait des personnes qui désiraient apporter un témoignage public en leur nom.



Œuvre collective «Peintures vivantes», dispositif conçu par Simon Paccaud et exposé par Vu.CH lors du Jubilé des 150 +1 ans du Site de Cery les 4-5 octobre 2024.

En particulier, la décision a été prise de reproduire fidèlement les noms des auteur.es du journal *La Licorne* tels qu'ils ont été initialement publiés, dans le souci d'honorer leur volonté d'accéder au statut d'auteur.es et de se situer en porte-paroles publics de l'institution.

Il est à noter, cependant, que des lacunes peuvent subsister : malgré nos efforts, des noms ont pu être mal orthographiés et des personnes impliquées dans des événements invisibilisées.

Nous avons tout mis en œuvre, mais dans les limites imposées par les sources et la mémoire orale, pour garantir la précision des informations fournies.

Les illustrations, les photographies, les textes et les œuvres publiées ont fait l'objet d'une investigation approfondie afin de les créditer de la façon la plus appropriée possible.

Nous invitons toute personne souhaitant faire valoir un droit ou compléter des informations à prendre contact avec la coordinatrice et le coordinateur de cette publication.

Pour cet ouvrage nous avons œuvré dans le sens d'une histoire plurielle et collaborative. Cette démarche, toutefois, est demeurée limitée. Elle mériterait d'être poursuivie. Lors des événements des 150+1 ans, plusieurs personnes nous ont contactés pour nous informer qu'elles avaient des documents et/ou des témoignages supplémentaires à partager sur le passé de Cery. Contrairement à d'autres pays, la Suisse n'a pas de politique archivistique systématique. Dès lors, si vous détenez des archives, n'hésitez pas à contacter les ACV ou l'Institut des humanités en médecine (IHM), Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)-Université de Lausanne (UNIL). Car sans sources (qu'il s'agisse d'archives institutionnelles, de correspondances personnelles, de films, de photos, d'enregistrements...), les mémoires se perdent et il devient alors impossible d'écrire l'histoire.



PARTIE 1

De l’asile au site de Cery.

PARTIE 2

Vivre et travailler à Cery.
Histoires du quotidien hospitalier

Contribution scientifique

Mikhaël Moreau 27 - 45 / 50 - 59

Entretiens

Kerstin von Plessen 19 - 25
Barbara Steck 46 - 49
François Borgeat 60 - 62
Patrice Guex 63 - 66
Jacques Gasser 67 - 71

Contributions scientifiques

Émilie Bovet et Aude Fauvel 73 - 85
Mikhaël Moreau 86 - 90
Marco Cicchini 91 - 93
Mikhaël Moreau 108 - 109

Entretiens

Andreas Steck 94 - 101
Claude Cantini 102 - 107

PARTIE 3

Panser et penser l’esprit.
Regards sur la folie

Entretiens

Abdeljalil Zahir 117
Élisabeth Fivaz-Depeursinge 118 - 122
Cédric 122
Françoise Schenk 123 - 125
Pierre Magistretti 131 - 135

Contributions scientifiques

Mikhaël Moreau 111 - 116
Aude Fauvel 126 - 130

PARTIE 4

L’art à Cery.
Une histoire extraordinaire

Entretiens

Pierre Dominique Scheder 153 - 156
Jon Monnard 157 - 158
Éric B. 159
Sybil 160 - 161

Contributions scientifiques

Florence Choquard 137 - 145
Élodie Murtas 146 - 152

Par Aude Fauvel et Mikhaël Moreau

Préambule

En 1873 le Bois-de-Cery fut choisi pour accueillir un nouvel établissement : un hôpital, qui devait se consacrer au traitement de ce que l’on appelait alors « l’aliénation mentale ». Plus de cent cinquante années se sont depuis écoulées. Cet anniversaire offre l’occasion de faire un bilan de ce qui a été accompli, de ce qui n’a pas pu l’être, de ce dont on voudrait s’inspirer et de ce que l’on aimerait, au contraire, ne plus voir se reproduire. Revenir sur le passé c’est aussi l’opportunité de prendre à rebours certaines caricatures. Plus que d’autres disciplines médicales, la psychiatrie souffre en effet de l’empreinte d’une légende noire. Entre les figures archétypiques du psychiatre meurtrier (comme le D^r Mabuse ou Hannibal Lecter), de l’infirmière sadique (telle Mildred Ratched), ou du fou dangereux (l’homme aux 24 personnalités imaginé par Night Shyamalan par exemple), le moins que l’on puisse dire est que les images véhiculées par la culture populaire sont peu flatteuses à l’endroit de la spécialité. Et il en est de même pour les hôpitaux, l’asile d’Arkham situé dans la fictive ville de Batman, Gotham City, incarnant bien les angoisses qui s’attachent aux institutions de la folie depuis le 19^e siècle. Si le passé de la psychiatrie, il faut l’admettre, n’est pas toujours reluisant, il reste que ces représentations sont largement fantasmatiques. Pire, elles contribuent à brouiller le regard sur la santé mentale et, par leur effet stigmatisant, à péjorer le devenir des populations concernées.

A contrario, nous avons voulu dans ce livre ouvrir les perspectives et donner la parole aux personnes plutôt qu’aux stéréotypes. C’est ainsi une histoire polyphonique que nous avons cherché à restituer pour donner une idée des transformations traversées par Cery durant la seconde moitié du 20^e siècle, période sur laquelle l’ouvrage se concentre. Pour ce faire, nous avons invité des actrices et des acteurs qui ont marqué le développement de l’hôpital (sur le plan institutionnel, de la recherche et du soin) à partager leur expérience et leur vision. Nous avons également recueilli des témoignages pour éclairer ce qu’a pu être le quotidien des milliers de personnes qui ont vécu et travaillé en son sein, qu’ils et elles aient été soignant.es ou patient.es. Pour finir, cette enquête orale a été complétée par un travail sur des sources historiques écrites, issues notamment des ACV et des collections de la BIHM.

Compte-tenu de ce parti pris, l’ouvrage a donc une forme kaléidoscopique. Il comprend des chapitres scientifiques, des extraits de témoignages et des illustrations d’archives. Il s’organise autour de quatre grandes parties : « De l’asile au site de Cery », « Vivre et travailler à Cery : histoires du quotidien hospitalier », « Panser et penser l’esprit : regards sur la folie », « L’art à Cery : une histoire extraordinaire ». Ce découpage n’implique toutefois en rien un ordre de lecture. On peut naviguer à son gré comme l’explique le mode d’emploi situé juste avant ce préambule.

Au fil des pages, les lectrices et lecteurs découvriront que, comme dans beaucoup d’institutions similaires d’Europe, à Cery après la Seconde Guerre mondiale le mot d’ordre a été de sortir du modèle asilaire, d’ouvrir l’hôpital sur la cité, d’y développer la recherche et de repenser les prises en charge. Toutefois, si de ce point de vue Cery ne se distingue pas d’autres établissements, les façons dont l’hôpital a cherché à se réformer s’avèrent elles, en revanche, spécifiques. Que ce soit dans son usage original de la « cinémathérapie », dans ses recherches uniques autour d’études de cohorte ou dans ses réaménagements architecturaux, Cery n’a pas seulement été dans l’histoire, *il a fait l’histoire*. Qu’une femme ait pris pour la première fois sa tête en 2021 en constitue une nouvelle illustration, le fait demeurant rare dans un milieu hospitalier où les postes de direction sont encore largement et disproportionnellement confiés à des hommes.

Avant de lui laisser la parole, nous souhaitons terminer ce préambule par un appel et une ouverture vers l’avenir. Car les recherches à l’origine de ce livre, initiées dans la foulée des commémorations pour les 150+1 ans de Cery, ne sont bien sûr pas exhaustives. Il faut plutôt les voir comme des prémices. Si les entretiens que nous avons réalisés ont permis de faire apparaître une multiplicité de points de vue, ils ont en effet aussi montré à quel point les lacunes étaient grandes dans les connaissances sur le passé de l’établissement. Ce travail est ainsi conçu comme une invitation à poursuivre l’enquête : s’il contribue à susciter de nouvelles histoires et de nouvelles mémoires de Cery, nous aurons atteint notre objectif.



Aloïse Corbaz et
Jacqueline Porret-Forel,
asile de La Rosière,
Gimel, 1963.



Aloïse
(Aloïse Corbaz, dite),
Fiesta
(entre 1960 et 1964).
Craie grasse sur papier
(29,6 x 21 cm)

Kerstin von Plessen

Cery après 1945 : du passé vers le présent ...
et le futur ?

Aude Fauvel (AF) : *Commençons par le passé. Quel est votre regard sur l’histoire de Cery et de la psychiatrie ? En particulier : que pensez-vous des transformations qui se sont produites depuis la Seconde Guerre mondiale ?*

Kerstin von Plessen (KvP) : Il faut replacer l’histoire de Cery dans le contexte plus global des changements de la psychiatrie européenne. Après la guerre et toujours dans les années 1960, il y avait beaucoup d’asiles et de très nombreuses personnes y étaient hospitalisées à long terme. Et pourtant, dans le même temps, des enquêtes montraient que beaucoup de souffrances psychiques n’étaient pas du tout prises en charge. C’était un paradoxe. Donc on a voulu changer de paradigme : aller vers les gens pour les soigner, plutôt que de les enfermer ; changer l’hôpital, l’ouvrir sur la cité et faire en sorte que les soins deviennent principalement ambulatoires et communautaires.

Après cette idée de changement s’est traduite de façon très diverse selon les pays. Si on compare, par exemple, ce qui s’est passé en Italie ou en Allemagne, on a deux extrêmes. En Italie, ils ont carrément fermé toutes les institutions psychiatriques d’un coup. En Allemagne, par contraste, on a longtemps gardé les grosses structures hospitalières et ça a pris plus de temps pour les réformer et on peine encore. En Suisse, c’était encore une autre situation : chaque canton et presque chaque établissement a eu son évolution. Cery a eu la chance d’avoir à sa tête le Professeur Christian Müller (1921-2013). Lui était très intéressé par le changement. En plus de Müller qui était engagé, Cery n’était pas une énorme institution comme celles qu’il y avait en Allemagne ou en France voisines. À l’époque, il y avait aussi des moyens et le soutien des politiques au bon moment. Ça c’est quand même un point central. Parce que si on décide qu’on veut ouvrir la psychiatrie sur la ville, ça veut dire qu’il faut pouvoir mettre en place un système ambulatoire avec des moyens suffisants. Pour ça, il faut des ressources ! Les autorités suisses ont beaucoup investi dans les années 1970. Ce qui a été possible à l’époque ne le serait peut-être plus aujourd’hui.

AF : *Il s'est passé plus de 150 ans depuis la création de Cery. Pour vous, à quoi sert de commémorer un tel anniversaire pour les professionnel.les de santé ? Comment percevez-vous l'histoire ? Comme quelque chose qu'il faut célébrer ou dont il faut au contraire se méfier ?*

KvP : Je pense que regarder l'histoire permet de s'interroger sur l'art et la manière d'opérer des transformations. Il faut arrêter de dire qu'on n'a rien fait hier et que tout est à jeter dans ce que nos prédécesseurs ont accompli ! Il faut pouvoir connaître les outils qu'ils ont développés. Par exemple, à Cery, des choses très intéressantes ont été faites à partir de l'approche phénoménologique. Si on regarde les vieux dossiers de patient.es, c'est quand même impressionnant. Par comparaison, nos dossiers très standardisés et protocolés d'aujourd'hui paraissent bien pauvres, surtout en matière d'informations qualitatives. Là, il y aurait quand même peut-être quelque chose à reprendre, mais ce serait sans doute un peu compliqué compte tenu des exigences administratives auxquelles nous sommes confronté.es de nos jours. Un autre exemple, c'est l'usage de la thérapie par le travail qui a été fait dans le passé. Même si maintenant on ne pourrait pas refaire cela de la même manière, des éléments pourraient être repris dans cette direction, c'est-à-dire qu'on devrait, de façon générale, viser l'intégration des personnes concernées dans le marché du travail.

Par contre, il y a des choses qu'on ne voudrait plus jamais refaire. Cette façon d'hospitaliser les gens, de laisser des personnes internées à vie ou presque dans l'hôpital, ça on ne veut plus le voir. Certes, ce n'était peut-être pas toujours horrible. Pour certains, Cery c'était même devenu leur maison. Mais c'était trop coupé de la réalité. On ne voudrait plus aujourd'hui garder les gens comme ça et les empêcher de se réinsérer. La mission de l'hôpital ça doit être autre chose, ça je pense qu'on est tous d'accord là-dessus.

Donc, pour conclure, je considère que c'est important que les professionnel.les de la santé puissent connaître et discuter du passé de leurs institutions, à la fois pour se détacher de ce qui a été négatif, mais aussi pour pouvoir s'inspirer de ce qui a été positif.

AF : *Passons maintenant au présent. Pouvez-vous me dire comment vous percevez le rôle de l'hôpital à l'heure actuelle ? Que devient-il après le virage ambulatoire ?*

KvP : L'hôpital joue encore un rôle très important et spécifique pour les patient.es. Les soins en ambulatoire ont leurs limites. Il y

a des troubles ou des situations de vie où il devient difficile pour la personne de rester seule, pour elle mais aussi pour son entourage. On est également de plus en plus dans une forme de psychiatrie individualisée. Il faut préciser la chaîne des possibles, définir des offres intermédiaires et comment situer l'hospitalier dans cette chaîne de soins. L'idée est double. C'est à la fois d'éviter au maximum des hospitalisations longues, tout en offrant des soins qui sont adaptés au mieux pour chaque personne. Or ça, ça veut parfois dire une hospitalisation. L'hôpital ce n'est pas toujours perçu comme un dernier recours ou un repoussoir. Ça peut aussi être pensé comme quelque chose de protégeant, pas seulement pour la personne elle-même, mais aussi pour son environnement. Ici je pense notamment aux enfants. Dans certains cas, il faut pouvoir les protéger d'un parent. Mais, dans le même temps, il faut absolument conserver la possibilité pour les personnes qui souffrent d'avoir des relations avec leurs proches. Les professionnel.les doivent réfléchir à cela, ils et elles doivent pouvoir avoir des options et pouvoir s'impliquer collectivement pour trouver la meilleure façon de protéger à la fois la personne et ses proches, tout en préservant la dynamique familiale.

Une des nouveautés de l'ère contemporaine c'est l'accent que l'on met sur l'importance de favoriser l'autonomie des personnes, le paradigme de la *recovery*, souvent traduit en français par «rétablissement». Et pour ça, l'un des rôles de l'hôpital c'est aussi de participer à faire changer les regards sur la santé mentale et sur les personnes en souffrance. Ça, ce n'est pas toujours facile, parce qu'on doit lutter contre des stigmatisations. En somme, l'hôpital a de nombreux atouts thérapeutiques. Il permet de rassembler et de faire interagir tout un ensemble de personnels. En plus, nous avons de nouveaux outils qui me semblent ouvrir de nouvelles possibilités.

AF : *À quoi pensez-vous ici ?*

KvP : Par exemple à l'intégration de la réalité virtuelle à la fois comme outil thérapeutique pour les patient.es, mais aussi pour permettre à d'autres personnes de se mettre à la place des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique, de se rendre compte par simulation de leurs difficultés et casser les images toutes faites sur les problématiques psychiatriques.

AF : *Vous avez fait allusion tout à l'heure à l'Italie qui a fermé toutes ses grandes structures hospitalières psychiatriques. Si je vous*

comprends bien, vous n'êtes pas d'accord. Vous pensez au contraire que c'est essentiel à l'heure actuelle de conserver des hôpitaux ?

KvP : Oui tout à fait. En Italie, mais également dans d'autres pays, on voit aujourd'hui une nouvelle réalité sociale où des personnes qui ne peuvent plus être prises en charge à l'hôpital se retrouvent à la rue ou bien en prison. C'est inacceptable. L'hôpital ça doit exister, ça doit rester un lieu d'accueil possible.

AF : *En plus d'être cheffe du Département de psychiatrie, vous êtes aussi cheffe de service du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA). De ce côté plus spécifique de la pédopsychiatrie, à quoi sert l'hôpital ?*

KvP : Ma préoccupation générale c'est d'arriver à offrir une prise en charge la plus adaptée possible aux personnes qui ont le plus besoin de soins, en particulier celles qui ne sont plus en capacité de rester chez elles. Ça, c'est un objectif qui concerne toutes les spécialités, je dirais même que c'est la préoccupation centrale de la psychiatrie en tant que discipline. Pour ce qui est des enfants, on a la chance dans le canton de Vaud d'avoir des offres assez variées et spécialisées. C'est loin d'être le cas partout. On a une unité fermée pour les mineur.es, qui est un service utile. Ailleurs, des jeunes peuvent se retrouver placés dans des structures tout à fait inadaptées. On a aussi la chance d'être un hôpital universitaire qui peut s'appuyer sur des recherches de pointe. Nous sommes également bien intégrés avec des services tournés vers la cité : la psychiatrie communautaire, les ateliers, le service ambulatoire, les équipes mobiles. Malheureusement ces dispositifs sont souvent surchargés. Mais ils existent.

AF : *Vous êtes la première femme à avoir été placée à la tête de la direction de Cery. Au-delà du canton de Vaud, votre nomination est un fait marquant, puisqu'il y a encore trop peu de femmes directrices de services hospitaliers dans le monde. Avez-vous des commentaires sur ce sujet ? Pensez-vous que le fait d'être une femme vous apporte quelque chose de plus ?*

KvP : Tout d'abord, je voudrais dire que c'est à la fois un très grand honneur et un très grand bonheur pour moi de remplir ce rôle. Je voudrais aussi rappeler que, même s'il y a eu peu de femmes cheffes de service en psychiatrie dans le passé, si on regarde les

soignants il y a toujours eu des femmes. Pas seulement à l'hôpital avec les infirmières, mais à l'extérieur avec notamment toutes les femmes qui se sont occupées de leurs proches. Alors, j'espère surtout que le fait que je sois devenue directrice va donner envie à d'autres femmes de s'investir dans des carrières à l'hôpital, et pas seulement en psychiatrie. C'est important de motiver les nouvelles générations. Aujourd'hui on a un problème de relève. Il faut faire en sorte que plus de personnes veuillent travailler dans les services, et surtout qu'elles veuillent y rester, notamment les femmes.

Après, en ce qui me concerne, qu'on soit femme ou pas, la vraie question pour moi comme médecin c'est la transversalité, de pouvoir travailler toutes et tous ensemble entre collègues de différentes spécialités pour assurer les meilleurs soins et les meilleures recherches à l'hôpital.

AF : *Passons maintenant au futur. Quels sont, pour vous, les défis à venir dans le domaine de la santé mentale ?*

KvP : À Cery on a inauguré un nouveau bâtiment en 2023, qui est magnifique. Mais il ne faudrait pas que le public en tire l'impression que la psychiatrie bénéficie de ressources gigantesques dans le canton de Vaud ! Parce que ce n'est pas vraiment le cas. En réalité, les ressources manquent et ça c'est un obstacle, en particulier pour maintenir de vrais soins ambulatoires et communautaires, et pour développer des équipes mobiles. Le tout récent rapport de l'Observatoire suisse sur la santé (OBSAN) sur la structure de la psychiatrie en Suisse met bien en évidence que «le virage ambulatoire» ce n'est pas simplement pouvoir compter sur un grand nombre de prestations psychiatriques dispensées en privé. Il souligne qu'il faut aussi pouvoir compter sur des ressources ambulatoires en institution publique. Or à ce jour elles demeurent encore assez faibles dans ce canton, bien que Vaud se soit pourtant engagé à prendre le virage ambulatoire. Sur Vaud, on a ainsi moins de ressources en hospitalier que dans d'autres cantons (surtout en Suisse alémanique) et en même temps pas plus de ressources en ambulatoire. Donc, un des défis actuels et futurs c'est celui de la planification des besoins et des ressources. Il sera intéressant de voir comment cette répartition et cette organisation évolueront dans les 50 années à venir. Car il faudrait pouvoir continuer à faire des propositions qui répondent aux besoins des patient.es. Cela ne doit pas se perdre derrière des questions administratives ou autres. Un autre défi que j'ai déjà mentionné mais j'insiste : la relève

n'est pas suffisante. Pour préparer le futur, il faudrait arriver à mieux fidéliser et à développer les équipes. L'hôpital rassemble beaucoup de professions différentes. C'est une richesse, mais c'est aussi un challenge d'arriver à faire que toutes ces personnes aient envie d'y travailler. On doit continuer à valoriser notre mission et ménager du temps pour créer du lien dans les équipes. Il faut que tout le monde trouve un sens à l'hôpital.

AF : *Pour améliorer les structures de prise en charge, vous venez notamment d'évoquer l'importance de développer plus d'équipes mobiles, vous avez encore d'autres idées ?*

KvP : Oui, par exemple je pense que d'autres alternatives à l'hospitalisation pourraient être plus développées. Dans d'autres cantons, on a mis en place un concept d'hospitalisations à domicile. J'estime que c'est quelque chose qu'on pourrait également instaurer sur Vaud de façon plus importante. Je trouve aussi qu'il faut regarder les traitements avec des lunettes plus personnalisées : nous avons des possibilités pour individualiser davantage notre offre de soins. Aujourd'hui, on sait que beaucoup de personnes ne veulent pas venir à l'hôpital pour se soigner, des jeunes notamment. Il faudrait concevoir davantage de soins qui peuvent être intégrés dans le milieu familial. Nous devons aller vers les gens, plutôt que ce soient les gens qui doivent venir à nous.

Depuis l'épidémie de COVID-19, les chiffres de la souffrance mentale sont en augmentation. Chez les jeunes, notamment, c'est très perceptible. Or les dispositifs actuels ne sont pas suffisants ; ils sont saturés. Dans le futur, la prise en charge des mineurs devra être plus large et diversifiée. Il faudra aussi adapter les formations. Aujourd'hui, on est dans un monde de réseaux sociaux. Or l'épidémie a montré que cela pouvait être favorable et aider à garder du lien, mais aussi très dangereux. Par exemple, dans ©TikTok, qui est très utilisé par les jeunes, les algorithmes sont paramétrés de façon problématique. Si une personne exprime une forte motivation de soi, elle va recevoir des messages qui la motivent encore plus. Par contre, une personne qui a une mauvaise estime de soi sera poussée de plus en plus vers des messages à contenu négatif. Le harcèlement, c'est un vrai risque sur les réseaux. Nous les professionnel.les de santé, nous ne sommes pas forcément toujours au courant de ce qui existe et des usages qui sont faits par les jeunes ou les moins jeunes. Nous avons encore du travail.

En même temps, il ne faut pas non plus être alarmistes. Car l'évolution des demandes en psychiatrie doit être replacée dans l'Histoire. À notre époque, on a beaucoup plus le droit de s'exprimer et ça, c'est une bonne chose. Et si plus de personnes se sentent autorisées d'aller mal ou d'exprimer qu'elles vont mal, c'est aussi parce qu'elles pensent pouvoir trouver des réponses dans le système de santé. J'ai également le sentiment que les gens sont plus tolérants envers ce qu'on appelle la neurodiversité. La différence n'est plus seulement perçue comme un défaut. Elle est aussi perçue comme un possible. Je reçois pas mal de parents qui me disent que leurs enfants ne sont pas adaptés à l'école. Mais ils ne voient pas ça comme un déficit. Ils pensent plutôt que leur enfant a des besoins particuliers auxquels il faut répondre. Ça, c'est encourageant ! Ça montre que la psychiatrie a quand même réussi à faire passer des messages. Alors, certes, ça fait qu'on est très sollicités. Toutefois, je pense qu'il faut plutôt s'en réjouir que le déplorer. Une des pistes pour mieux répondre à la demande croissante, ça serait d'assurer une meilleure coordination entre les institutions publiques et privées. Il faudrait qu'on travaille mieux ensemble, qu'on s'entende davantage sur nos approches, car on ne parle pas toujours le même langage.

AF : *Alors, pour finir, vous êtes plutôt optimiste sur le futur de Cery et de la psychiatrie ?*

KvP : Tout à fait ! Surtout quand je vois le chemin qui a été fait depuis 50 ans. Aujourd'hui, on a clairement une meilleure prise en charge des personnes : quasiment plus d'hospitalisations sur la très longue durée comme c'était avant la norme et beaucoup moins de stigmatisations, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital. Certes, il y a des défis. La question des ressources et de la relève me préoccupe beaucoup, comme le fait, aussi, que les psychiatres soient toujours vus comme des médecins à part. Mais je ne crois pas que ces défis soient insurmontables. Je vois plutôt un futur intéressant pour la psychiatrie ! Je voudrais terminer en insistant sur le plaisir qu'il y a à travailler à l'hôpital. Nous devrions encore plus collaborer avec les médias pour assurer des communications dans l'espace public qui montrent que la psychiatrie c'est surtout un domaine qui porte, qui soigne et qui est passionnant.

Entretien avec la Professeure Kerstin von Plessen, Cheffe du Département de psychiatrie du CHUV (DP-CHUV)



PARTIE 1

De l'asile au site de Cery

Contribution scientifique

Mikhaël Moreau 27 - 45 / 50 - 59

Entretiens

Barbara Steck 46 - 49
François Borgeat 60 - 62
Patrice Guex 63 - 66
Jacques Gasser 67 - 71

Par Mikhaël Moreau

Cery, une institution au cœur de multiples reconfigurations

Pour filer une métaphore prisée par Hans Steck (1891 – 1980), directeur de Cery entre 1936 et 1960, l'hôpital est un organisme. Un organisme en constante mutation dont la discipline psychiatrique détermine les structures, les instances qui le gouvernent et participent à son fonctionnement. Or, si l'histoire de la psychiatrie vaudoise depuis l'inauguration de Cery en 1873 suit une trajectoire plutôt conventionnelle, inscrite dans un schéma classique tel que dépeint notamment par le sociologue Robert Castel¹ où l'asile est le principal instrument de traitement de la « folie », un modèle original s'y façonne à partir des années 1940. Comme on le verra, les transformations de Cery dans les décennies post-Seconde Guerre mondiale réverbèrent les profondes mutations à l'œuvre dans un contexte suisse marqué par un éclectisme des approches, entre biologie et psychologie², esquissant les traits d'un modèle singulier où s'élaborent des pratiques inédites et novatrices. Alors qu'en Suisse, comme en France, en Grande-Bretagne, en Belgique, aux États-Unis ou au Canada, s'enclenche une *désinstitutionnalisation* dans les politiques en santé mentale – réalisée de manière inégale selon les pays³ –, la psychiatrie vaudoise se diversifie, avec l'émergence de nouvelles thérapies, des placements familiaux et des consultations ambulatoires. Des spécialités se développent (pédopsychiatrie, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, etc.) tandis qu'est intronisée en 1966 la sectorisation, tendant à décentraliser les prises en charge longtemps circonscrites dans l'enceinte de Cery et à redéfinir ainsi le rôle de l'institution. Comment ces multiples reconfigurations impactent-elles l'établissement, son organisation et ses fonctions de l'après-guerre à l'orée du 21^e siècle ? Quelles stratégies sont déployées par les autorités impliquées ? Quelle place est conférée à Cery dans le panel de dispositifs cantonaux en train de se développer ? Et de quelles structures l'institution se dote-t-elle pour répondre à ses attributions en reconfiguration ? Telles sont les interrogations qu'aborde ce chapitre. Et parce que durant cette période, Cery a surtout été un lieu de prise en charge des adultes, c'est de l'histoire de la psychiatrie adulte dont il sera tout particulièrement question.

¹ Castel 1980.

² Fussinger/Germann/Lengwiler 2003.

³ Klein/Guillemain/Thifault 2018.



L'Asile d'aliénés de Cery près Lausanne fondé en 1873.
Jacques Regamey, dessin aquarellé, circa 1900.



Cery vu du nord-est, avec au premier plan les quartiers cellulaires (Annexes) et, derrière, l'iconique cheminée de l'asile, circa 1910.

Fonder l'hôpital psychiatrique universitaire (années 1940 à 1960)

L'histoire de l'hôpital psychiatrique s'enracine dans le mouvement de spécialisation des institutions d'enfermement qui s'affirme dès les Lumières en Europe occidentale. Jusqu'aux prémices du 19^e siècle, les personnes dites « aliénées » se trouvent enfermées dans les hôpitaux généraux avec de nombreuses autres catégories de population : assisté.es et délinquant.es voué.es au travail obligatoire (mendiant.es, vagabond.es, orphelin.es, voleur.es, prostitué.es), malades, « vénérien.nes », etc. Les années 1760 – 1800 marquent un premier tournant avec la création d'institutions *ad hoc* au sein des hôpitaux généraux. Dans la première moitié du 19^e siècle, des asiles destinés aux aliéné.es sont ensuite installés dans des établissements préexistants. Enfin, entre les années 1830 et 1870, des « asiles-modèles » sont édifiés à cet effet⁴. Par exemple, dans la République de Genève, à « l'appartement des aliénés » fondé dès 1740 dans la maison de la Discipline de l'Hôpital général⁵, succède en 1832 l'Asile de Corsier installé dans une ancienne ferme de la périphérie genevoise, remplacé en 1838 par l'Asile des Vernets spécialement édifié à la Queue-d'Arve⁶. En terre vaudoise, les aliéné.es sont placé.es à l'hôpital de la Mercerie, construit en 1766 à la Cité-Dessous, puis à l'Asile du Champ de l'Air installé en 1811 dans une grande demeure de la campagne lausannoise. Dès les années 1830, les autorités cantonales envisagent cependant de doter le canton d'un asile spécial. Le projet se concrétise une trentaine d'années plus tard avec la mise en chantier de l'Asile d'aliénés du Bois-de-Cery en 1869, achevé en 1872, et dont le coût total se monte à 2'125'000 francs. Une somme considérable pour l'époque, qui attesterait « une sorte de progrès, de reconnaissance sociale des besoins de cette catégorie de la population »⁷.

Au moment de son inauguration en décembre 1873, l'asile, d'une capacité de 375 lits, héberge 256 malades et 34 membres du personnel. Quelque cinquante ans plus tard, alors qu'est à l'étude un projet de réparations, le rapporteur de la commission du Grand Conseil relève qu'il compte 561 malades et 189 membres du personnel au 9 août 1930, non sans « rendre hommage à la façon dont est tenu l'asile de Cery, qui devient de plus en plus un véritable hôpital »⁸. De fait, ses premières décennies d'activité sont marquées par une augmentation importante des contingents de patient.es. Entre 1899 et 1935, les directeurs Albert Mahaim (1867 – 1925) et Henri Preisig (1875 – 1951) s'efforcent d'agrandir Cery et d'en accroître la capacité, qui atteint 600 places en 1935, tout en cherchant à mieux distinguer les catégories de malades, ainsi que les régimes d'internement et les structures dont celles-ci relèvent. Aussi Mahaim crée-t-il les Annexes hommes et femmes en 1909, qui permettent de séparer les malades « agité.es » des « tranquilles ». L'introduction dès 1904 des placements familiaux pour les « tranquilles », puis l'annexion de La Rosière à Gimel en 1920 destinée à accueillir les « chroniques tranquilles », doivent notamment contribuer à désengorger Cery.

Cette dynamique de catégorisation sur laquelle reposent les traitements, les régimes d'hospitalisation et la gestion des populations institutionnalisées se révèle un enjeu particulièrement saillant entre les années 1940 et 1960. Face à l'accroissement démographique du canton (281'379 en 1900, 343'398 en 1941, 429'512 habitants en 1960⁹), et soucieux de répondre à une demande

⁴ Cicchini/Maugué 2021 ; Fussinger/Tevacarai 1998.

⁵ Barras 1989.

⁶ Cicchini/Maugué 2021 ; Fussinger/Tevacarai 1998.

⁷ Fussinger/Tevacarai 1998, 59.

⁸ *Bulletin du Grand Conseil du canton de Vaud* (BGC), printemps 1930, 126.



Images de Cery à différentes époques.

⁹ Office fédéral de la statistique (OFS), recensements de la population 1850 – 2000.

10 ACV S 57/66, Lettre de Steck au Chef du Service de la protection pénale du canton de Vaud, 16 avril 1943.

11 Barth 1995, 185.

12 Barth 1995, 164.

13 Cicchini 2022 ; Moreau 2021 ; Klein/Gasser 1995.

14 ACV S 57/66, Lettre de Steck au Chef du Département de justice et police (DJP), 12 septembre 1947.

grandissante en soins, Steck poursuit le développement de l'établissement, dont la capacité approche 800 places à son départ à la retraite en 1960. Néanmoins, pour le directeur, augmenter ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui la « dotation en lits » ne saurait être qu'un pis-aller (*voir « Le lit à Cery : simple meuble ou objet de débat ? » p. 73*). Son objectif, en effet, est surtout de refondre l'asile encombré en véritable hôpital psychiatrique et d'y introduire, selon ses termes, une « atmosphère d'hôpital », une « atmosphère thérapeutique »¹⁰. Pour ce médecin défendant une vision humaniste de la psychiatrie, transformer les traitements asilaires et le cadre institutionnel répond à un double objectif d'humanisation des soins et de lutte contre les préjugés envers l'institution¹¹. Aussi se serait-il attaché dès son arrivée à la direction à supprimer les moyens de contention physique introduits par son prédécesseur (gants, tubes en carton, ceintures) et à faire sortir de leur isolement des patient.es durablement encellulés¹². Il s'affaire également auprès des responsables politiques pour faire rénover Cery, travaux finalement réalisés dans les années 1950 : réfection des bâtiments de service (cuisine, buanderie, lingerie, etc.), reconstruction des Annexes pour les « agité.es » (105 lits), édification d'une nouvelle chapelle et de la Nouvelle clinique (270 lits) inaugurée en 1959 (*voir le témoignage d'Andreas Steck, p. 94*).

Encore faut-il endiguer l'engorgement de l'établissement. À cette fin, il déploie tout au long de son mandat de directeur une intense activité *intra* et *extra muros*, s'efforce de mieux circonscrire les catégories justiciables d'une hospitalisation, de développer des alternatives à l'internement à Cery et d'introduire de nouveaux traitements à dessein d'acquérir une meilleure maîtrise des « flux » d'entrées et de sorties.

Transformer l'asile en hôpital implique, entre autres, pour le directeur de pondérer le nombre de mesures de sûreté qui y sont exécutées et qui imposent une sécurité renforcée qu'il juge préjudiciable à la bonne marche des soins. Le canton de Vaud a en effet une longue tradition de psychiatrie légale remontant à Auguste Forel (1848 – 1931). Cery accueille ainsi des « délinquant.es anormaux.ales », c'est-à-dire des délinquant.es malades psychiques interné.es dans le cadre d'une procédure de justice¹³, une population regroupée dans la catégorie dite des « judiciaires ». Ce mandat médicolégal de la psychiatrie se trouve réaffirmé avec l'introduction du Code pénal suisse (CPS) en 1942. Dans ce contexte, Steck milite auprès des autorités pour limiter l'internement de ces judiciaires, qui pose, selon lui, des inconvénients majeurs :

L'hospitalisation est une mesure de défense sociale, à l'origine. Mais l'aménagement du milieu, l'organisation de la vie des malades et l'esprit régnant dans la maison doivent être épurés des souvenirs de la garderie d'aliénés, des préjugés qui dévalorisent l'individu malade et de la notion de châtimement infligé à des fautifs. Cette conception où prime le désir de guérir et de soigner convient à un hôpital. La réalisation ne souffre guère que la contrainte soit maîtresse absolue¹⁴.

De son point de vue, c'est pour les « véritables malades », c'est-à-dire souffrant de « véritable psychose » (schizophrénie, psychose maniaque-dépressive, épilepsie, démence organique, formes graves de faiblesse d'esprit congénitale) et qui sont pénalement irresponsables, que l'hospitalisation se justifie. Il propose toutefois d'établir une « colonie spéciale » aux Établissements pénitentiaires

de la plaine de l'Orbe (EPO) pour y transférer ceux ne relevant pas strictement d'un traitement psychiatrique (psychopathes et alcooliques « antisociaux »). Cette distinction ne doit d'ailleurs pas concerner exclusivement les judiciaires, mais doit s'appliquer de manière générale selon lui. Dans cette perspective, des transferts vers des établissements d'internement sont organisés à partir des années 1940, en particulier à l'égard d'hommes qualifiés d'antisociaux, dont un bon nombre sont envoyés à l'asile pour buveurs des Prés-Neufs aux EPO afin d'être rééduqués par le travail. En contrepartie, Steck soutient l'instauration de consultations psychiatriques aux EPO, fondant les bases de la psychiatrie pénitentiaire vaudoise. Ces consultations sont d'abord assurées par Lucien Bovet (1907 – 1951), de 1945 jusqu'à son décès, puis par Marcel Mivelaz (1920 – 2001) de 1953 à son départ à la retraite en 1980¹⁵.

En outre, dès les années 1920, Steck contribue à développer les consultations ambulatoires initiées par Preisig, à la Policlinique médicale de Lausanne (PMU), puis à l'Hôpital cantonal. Dès 1946, le D^r Pfaehler est engagé comme médecin-adjoint externe pour réaliser des expertises psychiatriques ambulatoires, avant que soit fondée en 1948 la Policlinique psychiatrique universitaire de Lausanne (PPUL), dont Pierre-Bernard Schneider (1916 – 2005) prend la direction. Dès lors, Schneider, intéressé par les travaux du médecin anglais Maxwell Jones (1907 – 1990) autour des communautés thérapeutiques¹⁶, s'efforce de développer les psychothérapies ambulatoires (individuelles ou en groupe), dont il plaide aussi l'opportunité auprès des autorités judiciaires pour les délinquant.es « déséquilibré.es » et notamment « névrosé.es sexuel.les ».

Une clinique pour « malades nerveux » est par ailleurs installée à la Grangette de 1941 à 1959. Enfin, pour les malades âgé.es atteint.es de sénilité, qui représentent une part croissante de la patientèle de Cery avec le vieillissement progressif de la population vaudoise, Steck prévoit dès les années 1950 la création d'un pavillon psychogériatrique. L'encombrement de la division de l'infirmerie destinée à recevoir les personnes souffrant de psychoses organiques, « avant tout séniles », impose en effet de surseoir ou de refuser des admissions. « On trouvait durant toute l'année des démentes séniles dans d'autres divisions où elles sont gênantes. Cet état de chose nous oblige à insister pour la création urgente d'un pavillon spécial pour ce genre de malades » écrit-il dans son rapport en 1957¹⁷. Ce projet, concrétisé avec la troisième étape des transformations de Cery en 1960, aboutit à l'inauguration en 1963 de l'Hôpital psychogériatrique de Prilly (HPG), confié à la direction du D^r Jean-Louis Villa (1927 – 1970).

Cela étant, si les transferts dans les Annexes de Cery ou d'autres établissements et les prises en charge ambulatoires contribuent à décharger quelque peu l'hôpital, l'institution reçoit des catégories de malades pour lesquel.les les solutions thérapeutiques manquent ou achoppent. Des malades chroniques séjournent à Cery parfois de nombreuses années faute de traitement permettant une « amélioration » suffisante pour envisager une sortie. Ce qui entretient l'encombrement des divisions, conférant au lieu une ambiance proprement « asilaire » que Steck aspire à résorber.

Outre des transformations institutionnelles, pour que Cery perde son allure d'asile, Steck mise sur le développement de nouvelles thérapeutiques. Dès l'entre-deux-guerres, il tente ainsi des expériences autour des traitements dits « de choc » (*voir « Développer la recherche à Cery : orientations*

15 Moreau 2021 ; Moreau/Ferreira 2020.

16 Schneider 1954.

17 Rapport annuel de Cery 1957.

et structures » p. 111). Ces traitements ont cependant des effets secondaires lourds, qui suscitent des critiques parmi les professionnel.les. Et, de toute façon, ils ne peuvent en tout état de cause être appliqués qu'à un nombre restreint de patient.es.

Au point de vue des usages thérapeutiques, c'est l'introduction des cures médicamenteuses après 1945, et en particulier des neuroleptiques (chlorpromazine en 1953), qui amorce vraiment un tournant et entraîne, à Cery, une diminution nette des durées moyennes de séjour (*voir graphique p. 74*). L'ouverture au même moment des « nouveaux centres thérapeutiques pour malades agités ou fortement altérés » (nouvelles Annexes) en facilite du reste l'application. À lire Steck, les neuroleptiques ont des effets tangibles sur l'atmosphère de l'hôpital – à laquelle le directeur est très sensible –, ses structures, ainsi que sur les autres formes de traitement.

L'atmosphère de calme et de tranquillité continue à frapper tous ceux qui ont connu l'état de nos anciennes divisions dites « des agités ». Cette transformation est due en partie aux nouveaux aménagements de ces divisions, mais aussi à l'influence de la thérapeutique médicamenteuse soutenue avec les nouveaux neuroleptiques¹⁸.

Il en résulte une détente dont les effets sur la collectivité hospitalière sont remarquables. (...) Nous avons obtenu que se resocialisent des [*femmes*] malades chroniques, considérées jusqu'alors comme incurables, en sorte qu'une quinzaine d'entre elles sont retournées dans leurs familles ou purent être placées, après 10 – 20 ans d'hospitalisation¹⁹.

La fermeture d'une division de femmes est ainsi rendue possible dès 1955 grâce à « l'intense effort thérapeutique et la libération d'un lot de malades chroniques », permettant d'abaisser la capacité d'accueil du service « femmes » de 325 à 275 places. À La Rosière également, « l'influence est très notable sur l'ambiance des divisions. Il n'est plus nécessaire de recourir à l'isolement »²⁰. Steck estime même qu'associés à une psychothérapie de groupe ou occupationnelle, ces médicaments « pourraient être appelés à faire disparaître définitivement la leucotomie préfrontale »²¹.

Enfin, l'essor des neuroleptiques impacte une autre forme de traitement largement pratiquée à Cery comme dans bien d'autres asiles depuis le 19^e siècle : la thérapie occupationnelle. Mahaim et Preisig avaient développé la thérapie par le travail agricole (à la ferme pour les hommes ; dans le jardin, les champs et les cultures maraîchères pour les femmes) et les manufactures (fabrique de cornets en papier dès 1907, atelier de reliure dès 1929 ; couture, reprisage et repassage pour les femmes : *voir figure p. 33*), dans un objectif d'occupation, de discipline, de responsabilisation des malades et afin de répondre aux ambitions d'autarcie économique et alimentaire auxquelles tendent alors les asiles²². Les pensionnaires sont aussi employé.es à l'entretien des services, à la cuisine, au triage des graines, épluchage des légumes, blanchisserie, lingerie, etc. Si Steck maintient et développe encore ces activités (installation d'ateliers de tissage et de cartonnage pour les hommes en 1952, d'un local de couture en 1^{ère} division femmes en 1954), il en crée aussi d'autres, accentuant le caractère occupationnel de cette thérapie. De nouvelles catégories jusqu'à présent jugées « inoccupables » bénéficient désormais d'une activité grâce à leur médication.



L'atelier de couture des divisions femmes chroniques tranquilles, vers 1900-1910. Les patientes travaillent sous la surveillance d'infirmières qui portent les emblématiques tabliers et coiffes blanches.



Travaux de terrassement à Cery pour lesquels sont employés des patients, début 20^e siècle.

18 Rapport annuel de Cery 1957.

19 Rapport annuel de Cery 1955.

20 Rapport annuel de Cery 1955.

21 Rapport annuel de Cery 1954.

22 Ferreira 2024 ; Fau-Vincenti 2014 ; Fussinger/Teveacarai 1998.



Fête célébrant la première remise de diplôme d’infirmières et d’infirmiers à Cery, 1938.

En 1955 est ainsi créé un atelier thérapeutique « artistique » pour des femmes chroniques « jusqu’alors réfractaires à tout effort » (modelage, petite vannerie, tissage, objets décoratifs, leçons de rythmie et de musique sous la direction d’une infirmière spécialisée), tandis que chez les hommes, des ateliers au caractère « partiellement artisanal » sont répartis dans d’anciens dortoirs et les corridors²³, jetant les fondements de l’ergothérapie et de l’art-thérapie à Cery. Il convient toutefois ici d’apporter un bémol : la posologie alors élevée de certains traitements médicamenteux induit aussi parallèlement le recul d’anciennes activités. Moins de malades peuvent notamment travailler à la ferme²⁴, les effets secondaires des neuroleptiques à haute dose rendant impossible l’exécution de tâches physiques soutenues.

Nouvelles thérapeutiques, développement de l’ambulatoire, transformations architecturales, introduction de régimes d’hospitalisation plus libres, essor des hospitalisations volontaires (dès 1953, leur nombre surpasse celui des placements involontaires ordonnés par les autorités), intensification des placements à l’extérieur ... Si « l’Asile d’aliénés » a été rebaptisé « Hôpital psychiatrique et universitaire » en 1948, on aura donc compris que ce changement de nom est surtout symbolique. Il signe la reconnaissance d’efforts qui ont déjà été faits dans les décennies précédentes, mais indique aussi que la transition de « l’asilaire » vers « l’hospitalier » doit se poursuivre. Le tout sans que Cery perde ses fonctions de refuge, selon les vœux formulés par le directeur à l’occasion des 75 ans de l’établissement :

Nous ne voulons pas séparer définitivement une certaine catégorie de malades chroniques et les abandonner plus ou moins à leur sort, ce qu’on fait (...) dans certains grands pays (...). Le titre de gloire de la psychiatrie suisse a toujours été de rester fidèle à une conception humanitaire, nous formons des vœux pour que les réalisations futures permettent à l’Hôpital de Cery de rester aussi un asile pour ceux qui en ont besoin²⁵.

Détruire les derniers bâtiments de l’asile. Poser les bases du Nouvel Hôpital (1961 – 1977)

En 1961, lorsque Christian Müller prend la direction de Cery, l’hôpital a donc connu d’importantes transformations. Les nouvelles Annexes pour « malades difficiles » fonctionnent depuis plusieurs années. Le chantier du Pavillon gériatrique (HPG) a débuté. La Nouvelle clinique est opérationnelle et a reçu ses premier.es patient.es. Néanmoins, toutes ses divisions ne sont pas encore ouvertes faute d’un personnel suffisant. Quant à l’ancien bâtiment, vétuste, son état se dégrade. Certes, il commence à abriter moins de patient.es (736), mais il reste encombré et de grands dortoirs subsistent. Ce qui ne laisse d’inquiéter ce fils et petit-fils de psychiatre imprégné des souvenirs de son enfance passée dans l’asile bernois surpeuplé de Münsingen. En témoigne le triste tableau qu’il brosse rétrospectivement de la situation d’alors peu avant son départ à la retraite :

Lorsque j’ai commencé mon activité en 1961, la grande majorité des malades se trouvaient encore dans le vieux bâtiment, « entassés » dans des dortoirs jusqu’à 20 lits, avec souvent comme seul lieu de séjour un couloir sombre. Les installations sanitaires étaient précaires, les occupations peu diversifiées, le rapport numérique entre soignants et soignés défavorable²⁶.

^[26] Rapport annuel de Cery 1985.

Rénover l’ancien bâtiment, assurer le recrutement de personnel, diversifier les traitements, réduire le nombre d’hospitalisations et les durées de séjours, in fine spécialiser l’hôpital dans les soins aigus : se dessine dès les premières années d’activité du nouveau directeur un véritable programme visant à accroître l’attractivité de la psychiatrie et à améliorer le travail des soignant.es, ainsi que les conditions d’hospitalisation des patient.es. À ces fins, Müller va œuvrer sur plusieurs fronts, profitant de l’élan impulsé par son prédécesseur.

Pour pouvoir ouvrir les dernières divisions de la Nouvelle clinique, et garantir le fonctionnement de celles en activité, il faut augmenter les contingents en soignant.es dûment formés.es. En 1938 la Société suisse de psychiatrie (SSP) met en place une formation spécialisée de soins infirmiers psychiatriques, dont le premier examen a d’ailleurs lieu à Cery²⁷.

^[27] Secrétan 1973.

Cette formation n’est donc pas directement supervisée par l’hôpital et, surtout, elle n’attire pas suffisamment de candidat.es. Au moment où Müller est nommé directeur, embaucher du personnel infirmier qualifié s’avère ainsi très difficile, en particulier du côté des femmes



Au début des années 1960, des campagnes promotionnelles visent à encourager le recrutement de personnel soignant, et tout spécialement d’infirmières en psychiatrie.

^[23] Rapport annuel de Cery 1955.

^[24] Secrétan 1973, 117.

^[25] Steck 1948 cité par Secrétan 1973, 122.



Cours de danse pour les infirmières et infirmiers, circa 1964.



RTS, *Madame TV*, Les infirmières en psychiatrie, 25 février 1967 (21')

30 « Infirmières en psychiatrie », *Pour Tous*, 28 février 1961, 29.

31 Murtas 2021.

(il existe alors deux services soignants : un service hommes dirigé par un infirmier-chef et un service femmes confié à une infirmière-chef : voir le « *Schéma d'organisation hiérarchique de l'Hôpital de Cery (1950 – 1980)* » p. 64). Cette situation amène la direction à recruter du personnel étranger, ce qui soulève beaucoup de réticences parmi les soignant.es en poste, qui estiment qu'une bonne maîtrise du français est fondamentale pour établir un contact efficace avec les patient.es. C'est pourquoi une École cantonale d'infirmières et infirmiers en psychiatrie est ouverte à Cery en 1961, pour renforcer les effectifs et assurer une relève locale. Installée provisoirement dans la division Érable, jusqu'à lors réservée aux pensionnaires privé.es de 1^{ère} classe, elle est dirigée par Juliette Maillard, avant d'être confiée à la direction de Renato Cantoni, adjoint de Müller, en 1971. Mais encore faut-il susciter les vocations et faire en sorte que l'école attire suffisamment d'élèves et, surtout, de candidates. Dans cet objectif,

avec l'appui du personnel infirmier et notamment de son chef, Georges Nicolet (1909 ? – ?), est orchestrée une véritable campagne de « propagande » – selon le terme de l'époque – qui vise à changer le regard du public sur l'hôpital et la psychiatrie.

Des publicités et articles paraissent dans la presse vaudoise pour présenter la nouvelle école. De jeunes infirmières vers 1964 y expriment leur intérêt pour la profession. « Pourquoi suis-je devenue infirmière en psychiatrie ? C'est parce qu'on trouve ici (...) de nombreuses activités conformes à la nature féminine. Notre sens maternel est comblé : nos pensionnaires sont pour nous comme des enfants » répond par exemple une interviewée³⁰. À l'image du gardien d'asile faisant régner l'ordre par la force, tend ainsi à se substituer celle de l'infirmière douce et maternelle, nouveau visage de l'institution.

Des tournées de conférences sont également organisées. En janvier 1961, la monitrice infirmière Pierrette Capt et la sous-chef infirmière Recordon s'expriment, à Cully, devant les dames de la paroisse, dans la salle du tribunal où une collection d'objets confectionnés par des malades est exposée. Entre 1962 et 1964, Georges Nicolet donne de même des conférences dans diverses communes du canton sur le thème « Cery, hier et aujourd'hui », accompagné de Maillard ou d'un aumônier de Cery, le pasteur Roger Prod'hom (1904 – 1999). En 1964, il accompagne son exposé d'un film en couleur lors de la réunion de l'Union des femmes – sans doute le documentaire intitulé *Cery, Hôpital psychiatrique moderne*, réalisé par le cinéaste suisse Nag Ansorge (1925 – 2013)³¹ (voir « *Le cinéma se projette sous tous les angles à Cery* » p. 146). La Nouvelle clinique, le travail des assistantes sociales, la formation des soignant.es, les thérapeutiques et les activités ergothérapeutiques avec les ateliers créatifs supervisés par des infirmier.es spécialisé.es y sont présentés par un commentateur enthousiaste.

Cet effort de propagande prend d'autant plus de sens quand on sait que l'époque est marquée par une montée de la contestation « antipsychiatrique », qui se nourrit des critiques émises par des psychiatres et des spécialistes des sciences humaines (on mentionnera, par exemple, les travaux des médecins David Cooper [1931 – 1986], Thomas Szaz [1920 – 2012] ou Franco Basaglia [1924 – 1980], du philosophe Michel Foucault [1926 – 1984] ou du sociologue Erving Goffman [1922 – 1982]). Dans ce contexte, Müller fait le choix d'ouvrir Cery aux journalistes intéressé.es de dévoiler la « psychiatrie moderne » au public. Il reste toutefois très vigilant. Tout au long de sa direction, Müller maintient ainsi un lien étroit avec les rédactions : il n'hésite pas à intervenir dans les médias pour garder l'image de l'institution sous contrôle. Dès le début des années 1960, Cery et son personnel féminin se trouvent donc assez largement médiatisés. Un film intitulé *Le traitement moderne de la maladie mentale* est notamment diffusé par la Télévision Suisse Romande le 20 avril 1961 à une heure où l'audience est importante (20h50). S'y dévoile un « hôpital moderne de Cery contrastant fort heureusement avec un passé qui disparaît » selon le commentateur. Interviewé, le Dr Cantoni (1926 – 2022) relève parmi d'autres éléments démontrant selon lui les progrès réalisés, le fait qu'« il y a une infirmière qui a fonction d'hôtesse, qui reçoit les malades, ce qui a évidemment un cachet tout à fait particulier au point de vue psychologique pour le patient lui-même ». *A contrario*, quand le cinéma montre des films qui relayent une vision moins glorieuse de la psychiatrie, notamment *Family Life* (1971) puis *Vol au-dessus d'un nid de coucou* (1975), Müller est aussi très réactif. En 1976, il organise une table ronde à Cery, où, outre lui-même, interviennent un assistant social, un infirmier en psychiatrie, un malade en traitement, une élève infirmière et un ancien patient qui répondent aux questions d'un public nombreux³².

Cette médiatisation semble porter ses fruits puisque l'école infirmière connaît un succès rapide et attire chaque année de nombreux élèves, dont une proportion importante de femmes. Dès le courant 1961, les effectifs de soignant.es gonflent et toutes les divisions de la Nouvelle clinique peuvent être ouvertes.

Toutefois, la situation de l'ancien bâtiment continue à se détériorer, comme en témoignent les images tournées par Ansorge. Les rénovations se font urgentes. Prévus pour la fin des années 1950, les projets de réfection ont effectivement fait long feu. Après avoir accordé CHF 1'655'000 en 1951 pour la première étape des travaux (Annexes), CHF 9'715'000 en 1952 pour la seconde (Nouvelle clinique), CHF 6'455'800 puis CHF 875'000 complémentaires en 1958 pour la troisième (HPG), et encore CHF 757'000 en 1959 pour les bâtiments ruraux, les députés, inquiets des finances du canton, refusent d'accorder un nouveau crédit pour la quatrième étape et rien n'est prévu pour l'ancien bâtiment dans le plan d'équipement de 1960 – 1964, bloquant tout projet de réfection de cette structure³³. Ce qui n'empêche pas Müller et son équipe de planifier modernisation et agrandissement dès 1961.

Le vent tourne après la visite d'une commission du GC à Cery en été 1962, dont le député socialiste Louis Mayet (1900 – 1972) serait rentré bouleversé, déclarant : « C'est l'enfer ! »³⁴. Dès lors, la commission presse le Conseil d'État de poursuivre ses études dans les plus brefs délais. Les députés, dont certains vont jusqu'à qualifier l'édifice de « verrue » portant atteinte à la dignité

32 *24h*, 17 novembre 1976, 17.



RTS, Progrès de la médecine. Le traitement moderne de la maladie mentale.

33 BGC, mars 1962, 542.

34 *Nouvelle revue de Lausanne*, 28 août 1962, 3.

35 BGC, mars 1962, 545, 546.

36 *Nouvelle revue de Lausanne*,
28 août 1962, 3.

humaine et à celle du canton³⁵, exigent une reconstruction complète, comme l’explique le socialiste Robert Deppen (1914 – 1987) : « nous ne voulons pas la réfection de l’ancien bâtiment, nous demandons sa destruction et son remplacement par un bâtiment neuf »³⁶. Mais des divergences subsistent entre les différentes parties concernées.

Trois ans plus tard, un compromis est élaboré. Ratifié par le Groupe de travail chargé des études et par des usager.es de l’hôpital, il implique une démolition partielle et le remplacement des ailes latérales du bâtiment par de nouvelles divisions. Pourtant, si le projet se précise, il faudra attendre quatre ans de plus avant de le voir se concrétiser. Ce n’est en effet qu’après maints nouveaux débats et études qu’un crédit de CHF 15,2 millions est finalement accordé par le GC en 1969. En 1969, la capacité d’accueil de Cery est de 636 places. Au terme des travaux en 1977, elle ne sera plus que de 320. La destruction des anciens bâtiments insalubres et l’édification d’un nouvel ensemble hospitalier, permettent en d’autres termes de repenser complètement l’organisation des soins, en conformité avec les objectifs de la politique de déshospitalisation et de sectorisation qui a été adoptée en 1966. Voyons à présent, dans le détail, ce qui est prévu pour le Nouvel Hôpital établi en 1977.

Remplacer les divisions devenues inhabitables de l’ancien édifice par de nouvelles permet d’abord de reconditionner sa partie centrale en bâtiment administratif. Selon la planification des travaux établie en 1969, les quatre appartements qu’il comprend cèdent la place à de nouvelles installations. Seul un appartement est conservé pour l’administrateur au rez-de-chaussée, qui accueille en outre des bureaux, une centrale téléphonique et trois salles d’exposition, de dessin et de cinéma. Le premier étage est réservé à la recherche, l’enseignement, ainsi qu’aux examens psychologiques. Il dispose d’une bibliothèque et de deux salles de conférence. Le deuxième étage abrite l’École cantonale d’infirmières et d’infirmiers en psychiatrie, sa bibliothèque et des salles de cours. Enfin, dix chambres et des sanitaires sont aménagés dans les combles pour les médecins.

À l’aile Ouest se substitue un bâtiment neuf d’admissions hommes de 20 places doté d’un atelier d’ergothérapie. Il côtoie un bâtiment pour « malades alcooliques » de 26 lits répartis en chambres de 6 et 3 lits, où est également inclus un atelier d’ergothérapie. En outre, deux divisions de 19 lits chacune pour les judiciaires et oligophrènes (une catégorie qui désigne celles et ceux qu’on appelle alors les « faibles d’esprit ») sont abritées dans l’Annexe hommes. En effet, loin de s’estomper, les débats suscités par le CPS en 1942 à propos de l’exécution des mesures de sûreté ont été ravivés suite à l’entrée en vigueur du Concordat latin d’exécution des peines et mesures³⁷. D’où la décision d’intégrer à Cery une unité pour judiciaires sous mesure de traitement ou d’internement médicolégal.

37 Ferreira/Maugué 2017.



Le travail agricole est une activité centrale à Cery pour occuper les pensionnaires. C’est encore le cas dans les années 1960. Des sources suggèrent que des patient.es, sous traitement médicamenteux, portent des chapeaux pour se prémunir de l’hyper-photosensibilité.

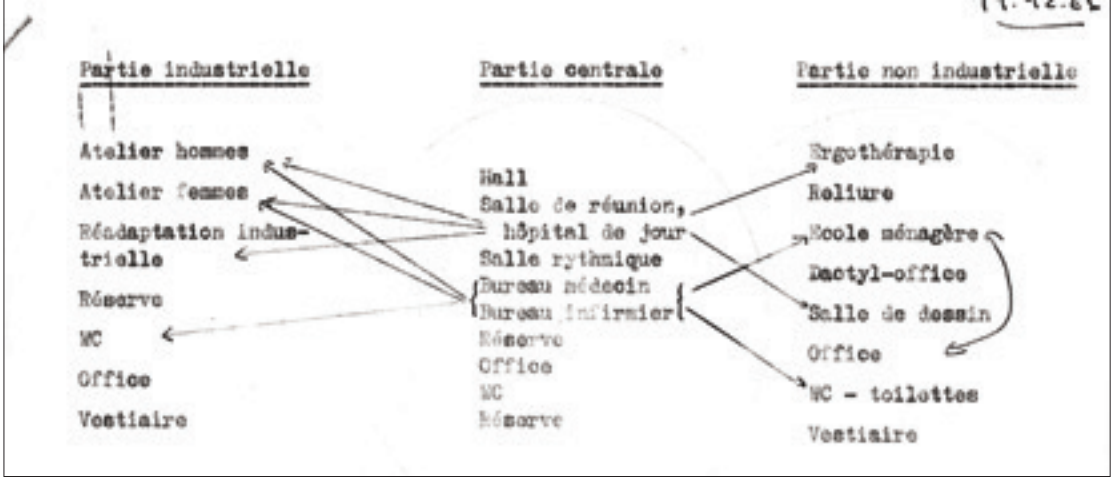


Schéma d’organisation du Centre d’occupation, probablement annoté par le directeur Müller, 11 décembre 1967.

Le Nouvel Hôpital comprend aussi un Centre social, inspiré par les expériences de la Clinique Bel-Air à Genève et de l’Hôpital de Malévoz à Monthey. Il dispose d’une salle de spectacle et d’une cafétéria, d’une bibliothèque pour les malades avec salle de lecture, de bureaux pour les aumôniers et le Service social, ainsi que d’un kiosque. Il est relié par un tunnel au Centre de physiothérapie, introduite dès 1961 à Cery et dont les praticien.nes se sont très vite constitués en service. Ce centre comprend une piscine de rééducation au sous-sol, une salle de gymnastique, un local de physiothérapie et un local pour les bains médicaux au rez-de-chaussée.

Un Centre d’occupation est installé en lieu et place de l’aile Est. Il reçoit pour sa part les ateliers de cartonnage, de réadaptation industrielle, de couture, de reliure, le Dactyl-office, les locaux d’ergothérapie, les salles de rythmique et de dessin, une cuisine, ainsi que divers bureaux et locaux sanitaires. Ce centre suscite un intérêt tout particulier pour les possibilités qu’il offre de diversifier les activités des malades et de développer les dispositifs de « réhabilitation ». La thérapie occupationnelle connaît en effet des transformations fondamentales dans les années 1960. Introduite elle aussi en 1961, l’ergothérapie s’organise rapidement en service qui prend vite de l’envergure avec l’engagement de plusieurs ergothérapeutes dans la décennie. En 1963, a en outre été fondé le Centre d’études de l’expression plastique (CEEP) dirigé par Alfred Bader (1919 – 2009). Doté d’ateliers de dessin, de peinture et de cinéma³⁸, ce centre révèle l’originalité du modèle alors élaboré à Cery, où la cinémathérapie s’initie de manière inédite et sans pareil dans le monde à cette époque (*voir « Le cinéma se projette sous tous les angles à Cery » p. 146*). Le Dactyl-office est aussi créé pour former les malades à la dactylographie et au secrétariat lors de stages dont la durée peut s’étendre d’une semaine à plusieurs mois. Parmi les tâches qui leur sont dévolues, figurent la transcription et l’impression de documents pour l’hôpital et d’autres institutions ainsi que des privés, l’édition et la diffusion du journal des pensionnaires, *La Licorne*, et de la revue du personnel *Échange*. D’une (en 1964) à plusieurs dizaines (dès 1975) de patient.es par an y sont occupé.es. Les activités du bureau s’intensifient d’ailleurs à la satisfaction du directeur :

38 Murtas 2021.

[*Le Dactyl-office*] apporte maintenant, tant par la qualité que par la quantité du travail fourni, un concours efficace à tous les services de l’hôpital ainsi qu’à plusieurs organismes sociaux de Lausanne (...). Les résultats obtenus dans le reclassement de nos patients par cette réadaptation réaliste sont particulièrement encourageants³⁹.

39 Rapport annuel de Cery 1968.



RTS, Progrès de la médecine, « L’art en psychiatrie », présentée par Alexandre Bruger, 8 juillet 1965 (22’).



RTS, Carrefour, 4 février 1969.

En 1967, une École ménagère est ouverte pour les patientes. Selon une participante, on y apprend la « science du ménage qui est (...) la plus utile et la plus honorable à une femme » ainsi que « l'art de se nourrir » par une alimentation « saine et économique »⁴⁰. Enfin, si le travail agricole, à la ferme et dans les champs, est maintenu, il vit ses dernières années, avant d'être définitivement abandonné dans la décennie suivante. La colonie agricole permanente installée à Vuissens depuis 1947 est supprimée en 1963, puis cédée aux EPO en 1969. Traitements médicamenteux, évolution des profils socio-démographiques de la patientèle – désormais majoritairement issue de la ville avec l'accélération de l'urbanisation du canton –, transformations du marché du travail avec le recul progressif de l'économie agricole et l'essor du secteur tertiaire : ces changements enjoignent les psychiatres à repenser les stratégies de resocialisation et à adapter les activités occupationnelles et ergothérapiques à de nouvelles réalités sociales et institutionnelles. Projetée dès 1967 par Müller et le Groupe de travail pour la quatrième étape, l'organisation spatiale du centre d'occupation, divisé entre activités « non industrielles » d'un côté, dédié à l'ergothérapie et l'art-thérapie, et « industrielles » de l'autre, voué à la « réadaptation » au travail, rend bien compte de ces transformations (*voir figures p. 39*). L'instauration en 1962 du régime de « night hospital », permettant aux malades de travailler en ville la journée, va dans le même sens. Elle sera complétée en 1964 par la création d'un Hôpital de jour, puis l'ouverture à Lausanne, par la Société vaudoise d'hygiène mentale (SVHM), du Centre de réadaptation de Tivoli la même année, du Foyer protégé Les Terrasses en 1965 et de celui des Cèdres en 1970.

Le chantier de la quatrième étape démarre en 1970 avec la démolition de l'aile Ouest. En 1972, les divisions Tamaris et Gentiane, pour les alcooliques et les admissions hommes, ouvrent leurs portes, suivies par le Centre social, inauguré lors du centenaire de l'hôpital, puis les divisions hommes pour les judiciaires (Albatros) et les oligophrènes. Dès 1975, le bâtiment central, rebaptisé Les Cèdres, accueille différents centres de recherche : le CEEP de Bader, le Centre de recherche sociopsychiatrique de Luc Ciompi, qui contribue à l'intégration des différents services de réadaptation à Cery et en ville de Lausanne, et le Centre de recherche psychopathologique (CRP). L'École cantonale d'infirmières et infirmiers s'installe également, dès le printemps, au deuxième étage et dans ses combles. La même année est démolie l'aile Est et débute la construction du bâtiment d'ergothérapie. Son inauguration, avec celle du Centre de physiothérapie et des Cèdres, en 1977, marque l'achèvement de cette étape. L'hôpital a désormais peu ou prou acquis l'architecture qui le caractérise jusque dans les années 2010.

Au tournant des années 1950-1960, de nouvelles activités occupationnelles sont introduites, supervisées par un ou une ergothérapeute.



Michèle Dubochet. (Photos FAL)

A Cery

La découverte de nouveaux objets a permis, il y a environ cinq ans, d'ouvrir à Cery un atelier et de faire faire aux malades certains travaux manuels.

L'ergothérapie psychiatrique
L'ergothérapie va de pair avec les traitements médicaux et la psychothérapie.

Le travail sert d'intermédiaire pour rétablir un contact avec le monde extérieur : en premier, avec l'ergothérapeute et les compagnes d'atelier.

Les malades sont heureuses et fiers de pouvoir confectionner certains objets et surtout de les offrir, car toujours recevoir sans rien donner est très douloureux pour les malades.

L'atelier doit être gai et sortir de l'ambiance de l'hôpital. Il y en a deux. En général les malades travaillent par groupes de 8, mais certaines d'entre elles préfèrent n'être que 2 ou 3 et vont dans un petit atelier.

Les outils : ils sont à la disposition des malades en qui on peut avoir confiance.

Les travaux : vannerie et travail du bois. Au début, la peinture effraie certains malades.

Le filage et le tissage sont parmi les travaux les plus profitables. Candiù disait qu'ils créent un rythme intérieur qui refait l'homme.

Quelques exemples

Aline a ouvert 21 ans, grâce à l'ergothérapie, elle peut sortir de l'hôpital.

Une femme, durant vingt et un ans, était aliénée, amorphe, sans même parler, complètement bégayait. Après un traitement de calmants, elle peut se lever et aller à l'atelier. Pendant un an elle ne fait à peu près rien, mais elle reste avec les autres et, par exemple, à l'heure du thé, c'est elle qui le sert. Elle parle sans davantage et on remarque qu'elle attend toujours à la porte de sa division qu'on vienne la chercher pour la conduire à l'atelier. Elle commence à travailler. Il semble que sa mauvaise vue ne puisse lui permettre que des travaux de vannerie. D'abord elle imite mécaniquement ce qu'on lui montre. Plus tard elle s'aperçoit des fautes. Elle reste pourtant dépendante de l'er-

gotherapeute et s'arrête à chaque changement de travail dans son panier, jusqu'au jour



A la même période du malade a succédé un travail technique où c'est elle qui montre à une infirmière maladroite comment il faut continuer. En



Par delà le tissage, bien des malades parviennent

même temps elle se souvient de son enfance et demande à travailler au jardin, comme avant sa maladie. On arrive à la placer chez un jardinier. Elle sort de l'hôpital et habite chez ses parents.

De la grave dépression à la joie de vivre

Le drame d'une femme qui se révolte contre la vieillesse. Elle n'a pas eu d'enfant et cette privation servait de fixité à la plongée pendant trois ans dans une grave dépression nerveuse. Elle refuse d'aller à l'atelier. Elle y vient à contre-cœur, agressive, trouvant tout laid et jurant qu'elle jettera aussitôt les « horreurs » qu'on l'oblige à faire. Mais, à sa vie. Elle se sent utile. Un jour elle parle de faire des coussins pour embellir sa maison... elle est sauvée ! Cette

« ERGOTHÉRAPIE » un mot que la plupart d'entre nous doivent lire pour la première fois, ce qui n'est pas étonnant : la première école la concernant, à Zurich, n'a que deux ans d'âge ! Dans les pays touchés par la guerre, spécialement en Angleterre, on en parle plus. Michèle Dubochet, la première élève romande de cette école nous l'explique :

Voulez-vous devenir

ERGOTHÉRAPEUTE ?

Ce mot signifie : soigner, par le travail. Il s'agit, en lui donnant la possibilité d'exercer un travail manuel, d'aider un malade ou un infirme à se guérir. Il y a trois sortes d'ergothérapie :

① **générale**. Elle touche tous les malades et a pour but de les aider à surmonter le choc de leur entrée à l'hôpital, puis de valoir leur ennui, enfin d'entretenir leur volonté, et par là leur volonté de guérir.

② **fonctionnelle**. Celle-ci s'adresse aux infirmes.

— Y a-t-il un rapport alors avec la mécanothérapie ?

— Oui, l'effet est le même : faire travailler certains muscles. Mais, prenons l'exemple d'un bras malade que l'on oblige à pousser la lourde navette d'un métier à tisser. C'est dur, c'est fatigant et cela fait mal, seulement au bout de cette peine, il y a une pièce d'étoffe ! C'est encourageant et le malade est distrait de sa souffrance en étant obligé de s'appliquer à autre chose.

③ **psychiatrique**. Traitement mental par le travail qui développe les qualités de concentration, de persévérance, d'esprit d'équipe, etc.

— Vous travaillez donc sous contrainte médicale ?

— Absolument. C'est un traitement pour lequel le médecin donne une ordonnance indiquant la maladie, etc., et stipulant la durée des séances : ¼ heure, trois heures, ou plus.

— Et les malades s'y prêtent volontiers ?

— S'ils n'en ont qu'une demi-heure, ils l'attendent toute la journée !

— Et vous faites ces traitements dans des Centres ?

— Non, car il n'y en a pas encore en Suisse. Nous travaillons dans les hôpitaux qui sont installés : il faut un matériel très important, de véritables ateliers de vanneries, de potiers et même de mécaniciens.

Préparation. Bachel ou examen équivalent, ou deux ans d'école (même commerciale). Le latin n'est pas demandé, mais il aide pour la partie médicale. Les cours sont en allemand. Age : 20 ans. Trois mois de stage préalable dans un hôpital, obligatoire.

Cours. Trois ans, coupés de stages. Première année : un semestre, 4 jours : Beauvilliers ; 2 jours : cours (dissection, anatomie psychologique et ergothérapie). À l'école des Beauvilliers, les élèves apprennent ce qu'elles feront faire aux malades : travail du cuir, du bois, des métaux, du textile (tissage, impression, etc.), poterie, modelage, cartonage, dessin, vannerie. Un trimestre de cours (médecine, questions sociales, chant, organisation...) et semaines de stage en ergothérapie générale, dans un hôpital. Deuxième et troisième années, même programme à peu de choses près (stages en ergoth. fonctionnelle et psychiatrique). Examen final, sé-pratique, sé-théorique.

Tous ces détails vous montrent l'incroyable variété des cours et des disciplines !

Qualité requises. Mais cette variété va demander à la future ergothérapeute une gamme aussi étendue de qualités. Elle doit être à la fois intellectuelle, artiste et pratique.

Michèle Dubochet précise encore qu'elle doit être ingénieuse, car si bien conçus que soient les machines, il faut toujours les adapter aux cas particuliers et trouver un petit truc. Il faut un grand sens de l'organisation, car on devient, à certains moments chef d'atelier. Il faut du contact avec son malade, et de la volonté pour deux. Il faut naturellement aimer le service de son prochain. Mais Michèle, qui est bien dans la vie, rectifie avec une franche gaieté : « Ce n'est pas à mon point de vue, une vocation, et je ne vois pas qu'il y faille plus de dévouement ou d'abnégation que pour un autre métier. Non, on s'apartient encore ! Et surtout, c'est un métier très féminin. »

Au Châtelard

pour les enfants handicapés

L'atelier de travaux manuels existe depuis toujours au Châtelard. Peut-on vraiment parler d'ergothérapie ? Oui, car Mme Baierli, la directrice, m'explique qu'on cherche moins à occuper ou à distraire l'enfant, ou à lui faire faire de jolis objets pour la vente qu'à le réadapter, par cette nouvelle méthode, en trouvant un travail qui répond à son trouble personnel. Voici quelques exemples :

Justin ne se développait pas. A neuf, dix ans, il sautait non seulement ses lit, mais ses couettes, refusait de se lever, macule ses vêtements exprès et se barbouille à plaisir.

A Justin on donnait, non pas même de la pâte à modeler, mais carrément de la terre grasse avec laquelle il pourra satisfaire pleinement son besoin de saleté.

Soudain, cette fois, en même temps qu'il se sautait, il crée quelque chose et voilà

qu'un lieu d'être grondé et peut d'avoir mis de la terre au Châtelard. Peut-on vraiment parler d'ergothérapie ? Oui, car Mme Baierli, la directrice, m'explique qu'on cherche moins à occuper ou à distraire l'enfant, ou à lui faire faire de jolis objets pour la vente qu'à le réadapter, par cette nouvelle méthode, en trouvant un travail qui répond à son trouble personnel. Voici quelques exemples :

Justin ne se développait pas. A neuf, dix ans, il sautait non seulement ses lit, mais ses couettes, refusait de se lever, macule ses vêtements exprès et se barbouille à plaisir.

A Justin on donnait, non pas même de la pâte à modeler, mais carrément de la terre grasse avec laquelle il pourra satisfaire pleinement son besoin de saleté.

Soudain, cette fois, en même temps qu'il se sautait, il crée quelque chose et voilà

qu'un lieu d'être grondé et peut d'avoir mis de la terre au Châtelard. Peut-on vraiment parler d'ergothérapie ? Oui, car Mme Baierli, la directrice, m'explique qu'on cherche moins à occuper ou à distraire l'enfant, ou à lui faire faire de jolis objets pour la vente qu'à le réadapter, par cette nouvelle méthode, en trouvant un travail qui répond à son trouble personnel. Voici quelques exemples :

Justin ne se développait pas. A neuf, dix ans, il sautait non seulement ses lit, mais ses couettes, refusait de se lever, macule ses vêtements exprès et se barbouille à plaisir.

A Justin on donnait, non pas même de la pâte à modeler, mais carrément de la terre grasse avec laquelle il pourra satisfaire pleinement son besoin de saleté.

Soudain, cette fois, en même temps qu'il se sautait, il crée quelque chose et voilà

qu'un lieu d'être grondé et peut d'avoir mis de la terre au Châtelard. Peut-on vraiment parler d'ergothérapie ? Oui, car Mme Baierli, la directrice, m'explique qu'on cherche moins à occuper ou à distraire l'enfant, ou à lui faire faire de jolis objets pour la vente qu'à le réadapter, par cette nouvelle méthode, en trouvant un travail qui répond à son trouble personnel. Voici quelques exemples :

Justin ne se développait pas. A neuf, dix ans, il sautait non seulement ses lit, mais ses couettes, refusait de se lever, macule ses vêtements exprès et se barbouille à plaisir.

Anne-Marie Rollier

pionnière de l'ergothérapie en Suisse

Je me demande ce qui pouvait l'arrêter quand elle a décidé d'agir ? Rien ! Brune, vive, directe, elle jure, met tout en pratique le slogan de son père, Auguste Rollier, et celui de son grand-père, ce pasteur qui fut chassé de sa paroisse et de son poste de professeur de théologie pour avoir osé, crime abominable alors, soutenir les Juifs : « la manière dont les autres nous traitent ne nous regarde pas. Ce qui importe, c'est la manière dont vous traitez les autres. »

— J'étais un cancre à l'école, avoue Anne-Marie Rollier. J'adorais les animaux : canaris, souris, salamandres, ca-



pards m'intéressaient passionnément. Oui, les canaris : ça sent très sportif.

Ce goût pour la nature et son prochain fut d'Anne-Marie Rollier, une dévouée, une jardinière, puis de fil en aiguille, le chef mondial des « délinquants malgré tout ». Au cœur de tous les problèmes concernant les handicapés, elle est aussi présidente de l'Association suisse des ergothérapeutes, dont l'école s'est créée à Zurich.

La part d'attaché d'Anne-Marie Rollier est à Legn, plus particulièrement au chalet de l'Estivade, centre de rééducation pour handicapés et anciens handicapés.

— La difficulté, dit-elle, ce n'est pas de lui trouver du travail, mais de les empêcher de nouveau dans une famille, de les réadapter.

Mon programme ? Impossible à exposer. Si quelqu'un me parle à cœur ouvert à 8 heures du soir, je l'écoute jusqu'à minuit. Il est essentiel que j'arrive à comprendre ceux qui me sont confiés. L'écoute pure, cette conversation m'a fait plaisir.

Un souvenir devait arriver au Châtel :

— Je vais le chercher avec le chien, dit l'un.

— Je prendrai le pain chaud pour ses bagages, ajoute l'autre.

Et un troisième :

— Mâ, je lui ferai la conversation !

Si je sens la nécessité d'aller en Angleterre, en Suède, pour mon travail, j'y cours. On y apprend à connaître l'activité des autres : ainsi l'Association pour le sport des handicapés maintient en Suisse. Elle nous a vus la belle rencontre Suisse-France en basket-ball, les handicapés étant en panacettes. Ceux qui sont venus par plaisir sont repartis avec un solide enthousiasme sportif. C'est été, les handicapés auront leurs Jeux mondiaux à Rome.

Les contacts internationaux me montrent à quel point mon pays jouit sur sa renommée de fondateur de la Croix-Rouge, alors que les autres nous donnaient largement sur le plan sportif, conduit Anne-Marie Rollier. Il faut s'y mettre. Je vous quitte : on m'attend au Centre pour infirmes malades.

Mod. C.



L'atelier d'est à Legn.



Atelier d'ergothérapie où des hommes sont occupés à la menuiserie, 1961.



Atelier d'ergothérapie où des femmes réalisent des objets décoratifs, 1961.

Mixité, spécialisation des services, suppression des « classes »

Outre toutes ces transformations architecturales, à Cery les années 1970 – 1980 correspondent à un moment de profonde réorganisation institutionnelle, durant lequel ont lieu plusieurs changements décisifs : introduction de la mixité dans les divisions et services, autonomisation de la psychogériatrie et organisation du secteur Centre. Or il faut savoir que la ségrégation sexuelle conditionne l’histoire de l’asile comme celle de bien d’autres institutions d’enfermement (prisons, établissements d’internement, colonies agricoles). Séparer hommes et femmes, les enfermer dans des lieux distincts est ainsi la règle depuis le 19^e siècle en Occident. Aussi, son abolition constitue-t-elle un véritable bouleversement. Pourtant, seules quelques phrases anodines dans les rapports annuels en témoignent. En 1974, au moment où est constitué le Service de réadaptation sociopsychiatrique par Ciompi, il est simplement précisé qu’il comprend « la division mixte de réadaptation (Hôpital de nuit) »⁴¹. À propos des taux d’occupation, on peut encore lire : « la mixité introduite dans certaines divisions ne permet plus la calculation séparée des patients et des patientes occupés »⁴². Alors qu’en 1979 s’opère une restructuration décisive des services, le rapport est à peine plus loquace :

À la fin de l’année et d’entente avec le service de la Santé publique, un regroupement des divisions a été effectué. Quatre unités dirigées chacune par un médecin-chef et comprenant trois à quatre divisions fonctionnent depuis lors de façon polyvalente, reçoivent à tour de rôle les malades, hommes et femmes en les traitant jusqu’au moment de leur départ. L’ancien système de la division de l’Hôpital en un service hommes et un service femmes a été aboli ainsi que le principe de concentrer les entrées dans une ou deux divisions pour les répartir ensuite ailleurs. L’avantage de ce regroupement réside aussi dans le fait que les assistants (es) sociaux (ales) *[sic]* et les ergothérapeutes peuvent davantage participer à la vie de division étant chacun rattaché à l’une des quatre unités⁴³.

Cette modification concerne également le personnel soignant, dont la mixité est introduite dans les équipes dès 1975 , avant que ce principe devienne structurel cinq ans plus tard : « Le personnel soignant n’est plus divisé en deux parties dirigées respectivement par une infirmière-chef *[sic]* et un infirmier-chef. L’hôpital aura désormais un seul infirmier (infirmière) chef *[sic]* secondé par des adjoints. Cette mesure également facilite l’organisation et le fonctionnement de l’hôpital »⁴⁴.

Le laconisme des rapports ne permet pas vraiment d’apprécier la portée et les impacts de cette réforme, tant sur l’organisation des divisions que sur le quotidien des malades et du personnel. Cette évolution se couple au surplus avec l’abandon en 1976 d’un autre principe traditionnel : la distinction des malades en trois classes (1^{ère}, 2^e et 3^e) déterminant les frais de pension et les conditions d’hospitalisation, remplacée par les régimes dits « pensionnaire » et « salle commune » (correspondant probablement aux 1^{ère} et 3^e classes). La formulation et la manière dont cette réforme est présentée n’en sont pas moins révélatrices d’un changement de paradigme en matière de ségrégation sexuelle au sein de l’hôpital, qui n’aurait peut-être simplement plus lieu d’être. Le fait que, pour la première fois en 1981, des hommes peuvent bénéficier des cours ménagers désormais mixtes est certainement tout aussi révélateur d’un changement de mentalité en train de s’opérer.

Deux autres réformes ont un impact un peu plus tangible. D’abord, l’autonomisation de la psychogériatrie s’opère en 1973 avec la séparation entre Cery et l’HPG, non sans soulever le mécontentement de certain.es soignant.es se sentant exclu.es de cette décision prise de concert par les responsables politiques et la direction⁴⁵. La cent-cinquantaine de lits de l’HPG disparaît ainsi des dénombrements indiqués dans les rapports annuels de l’hôpital, expliquant en partie la diminution de sa capacité dans les années 1970. Un Service de psychogériatrie (SUP) est créé, dont Jean Wertheimer (1933 – 1999) est nommé médecin-chef.

« PROGRÈS
DE LA MÉDECINE »

«Se raccrocher à la vie»

Telle est la clé de la guérison des maladies mentales en 1967

TV romande, 21 h. 10

L'émission médicale de ce soir « Se raccrocher à la vie » répondra aux questions que le public peut se poser sur les établissements psychiatriques et montrera que l'époque de la camisole de force, des séquestrations, est révolue.

Le malade mental entre dans un établissement psychiatrique non pas pour y finir ses jours mais pour y être soigné et pour reprendre sa vie sociale normale.

La médecine mentale est un domaine trop vaste pour être abordé dans une seule émission. Celle-ci sera consacrée

DOCUMENTAIRE

à la rééducation sociale, à la manière dont on réadapte les malades à une vie de tous les jours, en les faisant travailler dans des ateliers de cartonnage, de menuiserie, de reliure, d'imprimerie, de dactylographie, etc.

Les distractions organisées sont aussi fort importantes dans un établissement psychiatrique, le cadre doit être attrayant pour rendre le séjour le moins pénible possible. L'abénation mentale se manifeste par des troubles de l'intelligence, de l'affectivité, de l'activité normale. Les aliénés présentent des défauts de perception, ils sont sujets à des hallucinations, à des per-

tes de mémoire ou d'attention, leurs affections sont exaltées ou perverses, leurs actes trahissent un état d'excitation ou de dépression.

Selon des statistiques établies en France, ce sont les maniaques et mélancoliques qui constituent le plus fort pourcentage de malades mentaux, sui-

vis par les cas d'alcoolisme, puis d'idiotie, de crétinisme et de démence sénile.

L'émission de ce soir a été réalisée à l'hôpital psychiatrique de Cery près de Lausanne, l'un des plus anciens établissements du genre et l'un des mieux organisés de Suisse.

Une des salles de l'hôpital psychiatrique de Cery.

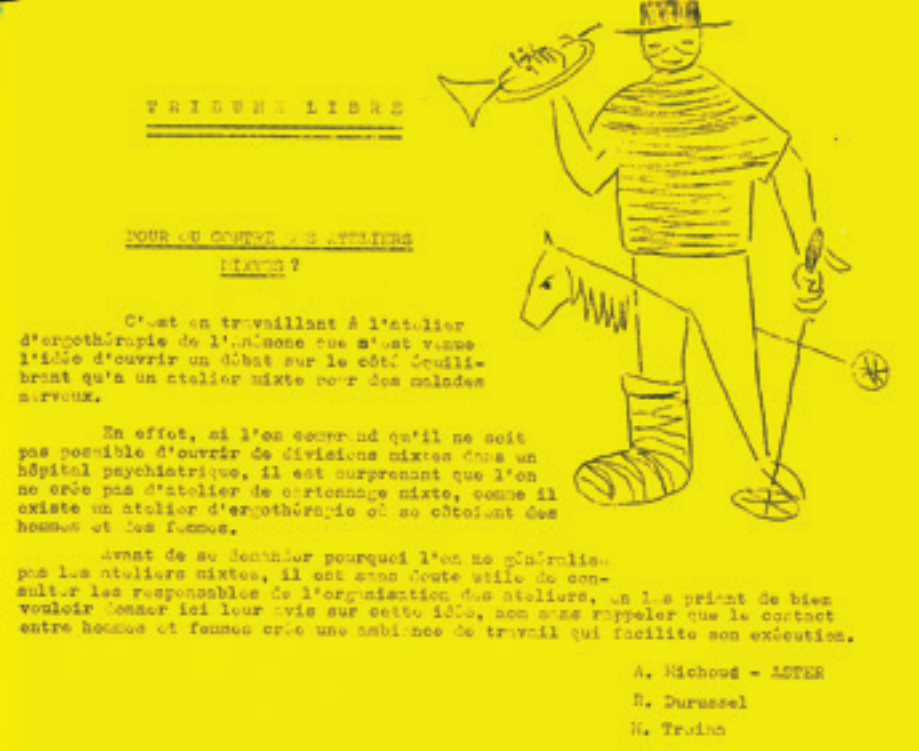
(Photo TV suisse)

44 Rapport annuel de Cery 1980, 3.

45 Cantini/Pedroletti 2000.

Annnonce d'une émission de « Progrès de la médecine » consacrée à l'ergothérapie, tournée à Cery et diffusée en juillet 1967. Cette thérapeutique est alors un symbole de la modernisation des traitements psychiatriques. Feuille d'avis de Lausanne, 1^{er} juillet 1967.

Tribune pour la création d'ateliers mixtes de réadaptation, rédigée par des patients et patientes pour le journal des pensionnaires de Cery. *La Licorne*, janvier 1970.



Puis, en 1982, le secteur Centre est organisé en Département de psychiatrie. Ce département comprend quatre services, chacun dirigé par un médecin-chef titulaire de la chaire de sa spécialité : le SUP avec Wertheimer ; l'Hôpital pour adultes sous la direction de Müller ; la PPUL sous celle de Schneider et de son successeur Marcel Burner (1924 – 2001) ; enfin, le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), issu de l'Office médico-pédagogique vaudois (OMPV), fondé par Bovet en 1942 et dirigé par René Henny (1923 – 2019). Cette organisation, qui formalise en définitive des entités préexistantes, est contemporaine de l'introduction de nouvelles structures à Cery ne dépendant pas de la psychiatrie adulte. En effet, en 1979 est ouvert à l'hôpital le Centre thérapeutique pour adolescents (CTA), installé dans l'ancienne division des malades tuberculeux fermée en 1978. L'isolement relatif de cette division de la Nouvelle clinique permet d'éviter une certaine promiscuité. Le CTA est ensuite déplacé, en 1984, dans la division Acacias – située à l'extrémité de la Nouvelle clinique et donc également relativement isolée –, qui a été libérée après le transfert d'une dizaine d'oligophrènes profond.es à l'Institution de Lavigny. Ses anciens locaux sont attribués au SUP. Enfin, la fermeture de la division Albatros pour les judiciaires et la répartition de ses occupants dans les différentes divisions de l'hôpital en 1982 procèdent d'un changement important dans l'ordre de ses unités. Cette transformation reflète la reconfiguration de la prise en charge des délinquants dits « anormaux » : auparavant ségrégés tous ensemble dans l'aile des « judiciaires », ils sont désormais répartis dans différents services, non plus en fonction du régime médicolégal dont ils relèvent mais selon des critères médicaux.

Conclusion

Entre les années 1960 et 1980, l'hôpital de Cery s'est donc profondément transformé, comme son directeur en dresse lui-même le bilan peu avant son départ à la retraite :

C'est avec grande satisfaction que je constate aujourd'hui que les patients sont mieux soignés ; il y a une grande diversification des traitements, des mesures socio-thérapeutiques, une personnalisation des contacts et un raccourcissement des séjours. La division du canton en quatre secteurs et la séparation de la psychiatrie adulte de la psychogériatrie ont profondément marqué notre institution dans le sens positif⁴⁶.

Dans un contexte de désinstitutionnalisation avec le déploiement d'une multiplicité de dispositifs dans le cadre de la sectorisation, l'hôpital s'est progressivement orienté vers les soins aigus. Surtout, il s'est *ouvert*. Pas seulement parce que les portes des divisions I disposent désormais de poignées⁴⁷. Mais parce que les régimes d'hospitalisation se veulent plus libres, les traitements privilégiant l'échange et une « relation thérapeutique » approfondie. Pour Müller, ce pionnier de la psychothérapie des schizophrènes qui croit profondément « à l'authenticité de la souffrance créée par la maladie mentale », le psychiatre doit se concevoir comme un « partenaire du malade »⁴⁸.

C'est ce que confirment, dans une certaine mesure, nombre d'auteur.es du journal des pensionnaires *La Licorne* lorsqu'ils et elles remercient chaleureusement les soignant.es pour leur « bienveillance », leur « dévouement » et leurs « bons soins ». Certain.es de ces rédacteurs et rédactrices vont parfois même jusqu'à se poser en porte-paroles de l'hôpital et de la psychiatrie, à l'image de G. A. Perrin, patient de la division Dauphin qui réagit à un article publié en 1967 dans *La Tribune de Lausanne* :

L'ère des camisoles de force est révolue et il est de toute première importance que le public en soit informé. Le peuple vaudois n'a pas suivi les progrès de la médecine en matière psychiatrique. (...) Même si l'on a effleuré des yeux une modeste information sur un résultat positif obtenu par l'application d'une nouvelle méthode de traitement, en aucun cas on ne voudra changer ce qu'on sait, ce qu'on a vu. Eh oui, Cery restera bien Cery !!! (...) Du reste, on n'ose pas en parler... on a peur de la maladie ! Le soussigné a ressenti aussi cette peur, c'est pourquoi il la comprend !! Cette peur s'est pourtant dissipée dès les premiers contacts avec le personnel de l'hôpital. Alors qu'il s'était promis de « retrouver » le médecin signataire du bulletin d'admission, au contraire, il ira le remercier en quittant ces lieux hospitaliers⁴⁹ !

⁴⁶ Rapport annuel de Cery 1985.

⁴⁷ Rapport annuel de Cery 1960.

⁴⁸ *24b*, 8 juin 1973, 23.

⁴⁹ Perrin 1967, 1.

Devenir pédopsychiatre dans les années 1970 - 1980

Après avoir achevé mes études de médecine à Berne en 1969, j'ai été engagée trois mois comme médecin-assistante en psychogériatrie à Cery, service dirigé par le Professeur Wertheimer. C'était mon premier poste et j'ai énormément appris de lui. Il était extrêmement à l'écoute des patient.es et doté d'une grande patience. Il avait aussi beaucoup d'humour ce qui facilitait les rencontres avec les patient.es.

C'était difficile pour moi de travailler en gériatrie. J'étais enceinte. L'HPG était alors neuf mais il y avait une odeur particulière et j'avais fréquemment la nausée. Chaque matin en arrivant, je me rendais dans un bureau à l'entrée où se trouvaient les fiches de patient.es avec les derniers renseignements, pour voir qui était décédé.e. Cela me touchait beaucoup.

Ensuite, mon mari a obtenu un poste à New York et nous sommes partis aux États-Unis, où j'ai eu mes deux enfants. Nous sommes revenus en Suisse fin 1973. À Lausanne, j'ai repris mon activité en 1977 comme assistante volontaire à 50 % à Cery. Le Professeur Henny m'avait encouragée à faire une année en psychiatrie adulte avant de venir au Service médico-pédagogique (SMPV) pour ma formation en pédopsychiatrie. C'est ainsi que j'ai travaillé à Cery, dans le service homme, sous la direction du Dr Aldo Calanca (1930-2012), qui avait un véritable don de compréhension des patient.es. J'étais affectée à deux divisions, l'une d'hommes et l'autre de femmes, et j'étais responsable des visites. Dans les entretiens individuels, j'ai beaucoup appris sur le contenu et la signification des hallucinations auditives et visuelles. À cette époque, les durées de séjour étaient encore relativement longues et on pouvait suivre les patient.es pendant parfois plusieurs semaines. Je leur rendais aussi visite dans les ateliers d'occupation.

Un article de 1945 consacré à l'Office médico-pédagogique vaudois insistant sur les nouvelles approches pédopsychiatriques. *En famille* - Je vois tout, 23 mai 1945.

ENFANTS DIFFICILES OU PETITS MALADES?

Une visite à l'Office médico-pédagogique vaudois, à Lausanne

Il est incontestable que les événements tragiques de notre temps ont une influence néfaste sur les enfants. Je ne parle pas, bien entendu, de toutes les petites victimes de la guerre — orphelins, affamés, malades, estropiés — mais bien des enfants de chez nous qui n'ont pas vécu, pour la plupart, de vraies catastrophes. Et néanmoins, ils savent ce qui se passe autour d'eux, ils entendent la radio, les conversations d'adultes et comprennent — dans la mesure où leur mince bagage d'expérience le leur permet — toute l'horreur des événements. Mais surtout ils sentent, sans toujours s'en rendre compte, peut-être, l'état de tension nerveuse — résultat des difficultés croissantes — de leurs parents, des adultes qui les entourent. Et cette atmosphère tendue éveille en ces êtres frêles et délicats un sentiment de crainte, d'insécurité, d'un danger angoissant parce qu'inconnu. De là naissent des troubles de caractère, une certaine instabilité dans le comportement, tous ces éléments qui font un « enfant difficile ».

Oui, on a pu le constater, les enfants difficiles sont plus nombreux actuellement qu'il y a quelques années. Autrefois, lorsqu'un enfant était difficile, insupportable, impossible à mener, on en accusait son mauvais caractère, et tout était dit par là. Et des murs d'incompréhension, voire même d'hostilité, se dressaient entre enfants et parents ou éducateurs, créant une atmosphère familiale irrespirable, des rancunes tenaces, des peines profondes et entraînant, pour les enfants, des conséquences graves capables d'influencer toute la vie. Actuellement, les choses ont bien changé. Des savants, des psychologues se sont longuement, patiemment penchés sur l'âme enfantine, ont appris à la connaître et à voir un peu clair dans les choses si complexes, si délicates qui s'y passent. Et l'on est arrivé à la conclusion que bien des enfants difficiles sont en réalité de petits malades, des malades que l'on peut traiter



Tous les enfants qui se présentent à l'Office médico-pédagogique vaudois commencent par subir un examen médical.

et guérir, que l'on peut transformer en petits êtres sains, bien équilibrés, gais, en accord avec le monde et les hommes qui les entourent. Un tel traitement est le fait d'institutions spéciales de caractère à la fois médical et psychologique. L'un des mieux outillés en Suisse est l'Office médico-pédagogique vaudois, à Lausanne. Installé dans des chambres claires, gaies, avenantes, il est tout entier orienté vers la personne de l'enfant, tout y est prévu pour que les petits patients s'y sentent à l'aise, sans la moindre crainte. C'est un vrai plaisir que de le visiter, que ce soit la salle d'attente, avec son minuscule mobilier rustique, ses livres d'images et ses dessins d'enfants aux murs, ou bien les chambres claires où les gosses conversent avec les pédagogues qui s'en occupent.

Ce traitement commence toujours par un examen médical, car un traitement médical suffit souvent à écarter bien des troubles qui semblaient psychiques au premier abord. Mais souvent c'est insuffisant et il faut alors mettre en œuvre les dernières conquêtes de la science psychologique pour déceler les raisons des troubles de caractère et surtout pour les guérir. Nous avons conversé avec le Dr Lucien Bovet, le directeur de cet office, et nous avons pu nous rendre compte du travail admirable qu'il accomplit avec son équipe de collaborateurs. Ils sont légion les enfants qui, entrés malheureux, abattus, révoltés, deviennent, après quelques semaines ou quelques mois, de petits êtres sains et joyeux.

Le Dr Bovet a pour les enfants une compréhension admirable : — Chez la plupart des enfants difficiles, nous dit-il — que ce soient les petits menteurs, les voleurs, les mouilleurs de lit, les révoltés, les apathiques ou simplement ceux qui ne reconnaissent aucune autorité — tous ces défauts ne sont en général que des symptômes, comme la toux n'est qu'un symptôme d'un mal plus profond. Il serait inutile de traiter le symptôme sans traiter la cause. Et cela, on y arrive presque toujours, actuellement.

Certes, l'Office médico-pédagogique vaudois, qui fonctionne déjà depuis 1942, est une institution remarquable appelée, en développant son activité, à exercer une influence profonde sur notre jeunesse.

J. D.



Il n'est pas toujours facile de diagnostiquer les conflits intérieurs qui rendent l'enfant « difficile ». Il existe pour cela plusieurs méthodes. L'une d'elles, imaginée par la psychologue lausannoise Mlle Lambert, consiste à faire inventer à l'enfant des histoires, en jouant avec des guignols. Ces contes imaginés par le petit patient expriment souvent, sans qu'il s'en rende compte, les soucis qui le tracassent. Notre photo montre une fillette jouant avec des guignols.

En 1978, j’ai commencé au SMPV, où j’ai travaillé jusqu’en 1983 comme médecin-assistante à temps partiel. C’était une chance dont il faut donner crédit au Professeur Henny, car à l’époque, il fallait travailler à plein temps pour obtenir un *[Fœderatio Medicorum Helveticorum]* FMH. Ce n’est que plus tard, à Bâle, que j’ai pu obtenir mon FMH.

La formation en pédopsychiatrie comprenait un enseignement tous les lundis matin, avec rapport, conférences, ateliers et séminaires. Nous étions, je pense, une centaine avec le personnel de tous les satellites de Nant, Yverdon, Montreux, Mont-Repos et le Bercail (*voir « Lier l’hôpital et l’ambulatoire, spécialiser les filières : réorganiser la psychiatrie adulte » p. 51*). Nous nous réunissions à la Chablière. À Mont-Repos – où je travaillais avec le Professeur Henny – tous les assistant.es avaient un matin assigné, réservé pour recevoir les nouveaux cas. J’aimais beaucoup ces premiers entretiens toujours très différents, qui incitaient à réfléchir pour évaluer la problématique de l’enfant, les relations parents-enfants, et poser un diagnostic préliminaire. Ensemble avec les membres de la famille présents à l’entretien nous discussions de la poursuite de l’investigation, qui consistait en général en des entretiens avec l’enfant ou l’adolescent.e, dont un si possible enregistré et au moins un entretien avec les parents, ou avec chaque parent séparé si nécessaire. Tous les vendredis, dans un but didactique, une synthèse était organisée au cours de laquelle un enregistrement d’un entretien avec un enfant était présenté. Puis il y avait une discussion sur le diagnostic et la prise en charge, par exemple l’indication d’une psychothérapie individuelle de l’enfant, accompagnée par des entretiens avec les parents. Nous avions également des supervisions de nos psychothérapies individuelles par le Professeur Henny ou des pédopsychiatres installé.es.

Le Professeur Henny collaborait par ailleurs avec Serge Lebovici (1915-2000), René Diatkine (1918-1997) et Évelyne Kestemberg (1918-1989) qui avaient développé le psychodrame psychanalytique en France. Il a introduit cette pratique à Lausanne et j’ai eu la chance de faire deux psychodrames individuels avec lui, à côté d’un groupe que je menais avec un autre assistant. Cela a été une initiation fondamentale pour moi et très stimulante. J’ai continué à faire des psychodrames d’orientation psychanalytique en groupe pendant toute ma carrière, car c’est un excellent outil, permettant aux enfants de s’exprimer d’une façon non verbale.

Il y avait une dynamique multidisciplinaire et de réseau.

Un neuropédiatre venait par exemple une fois par mois examiner les enfants souffrant d’une affection neurologique. Nous travaillions aussi en liaison avec le CHUV, où j’ai fait une année comme consultante en pédiatrie. J’ai également été assistante une année au CTA, ouvert en 1979 à Cery dans une division assez isolée de la Nouvelle clinique. Ce n’était pas une solution idéale, mais cela permettait d’avoir une structure pour accueillir des adolescent.es à haut risque suicidaire ou nécessitant une prise en charge intensive. Nous travaillions beaucoup en groupe avec ces adolescent.es, et discussions des sujets qu’ils et elles souhaitaient aborder. En pédopsychiatrie, les prises en charge ambulatoires ou en hôpital de jour sont toujours à privilégier.

Ma formation au SUPEA était d’orientation psychanalytique et je souhaitais m’ouvrir à d’autres approches. En tant que pédopsychiatre, je pense qu’on ne peut pas effectuer une thérapie avec un enfant sans l’accord et l’investissement des parents. Parce que l’enfant ne va pas pouvoir s’engager dans une psychothérapie s’il ou elle sent que ceux-ci ne sont pas d’accord. Car l’enfant leur reste toujours loyal.e. J’ai donc suivi une formation en thérapie de la famille au *[Centre d’étude de la famille]* CEF où j’ai notamment bénéficié des enseignements des Professeur.es Luc Kaufmann (1926-2014) et Élisabeth Fivaz-Depeursinge (*voir son témoignage, p. 118*).

Entre 1986 et 1991, j’ai assuré comme médecin associée auprès du Professeur Bettschart une consultation spécifique sur l’adoption à la Chablière et j’ai ensuite continué à travailler et publier dans ce domaine. En 1983, j’ai ouvert mon propre cabinet à Lausanne, où j’ai pratiqué pendant dix ans. Finalement, en 1993, mon mari a été nommé professeur à l’Université de Bâle (UNIBAS) et nous avons les deux travaillé à Bâle, lui en neurologie et moi dans le service universitaire de psychiatrie d’enfants et d’adolescents. À partir de 2004 j’ai travaillé comme indépendante jusqu’en 2011, quand nous sommes revenus à Lausanne. Actuellement, à côté de quelques psychothérapies avec des adultes, je m’occupe surtout de supervisions. J’ai toujours énormément apprécié ma profession si enrichissante et si je devais recommencer, je la choisirais encore.

Au tournant des années 1970-1980, les polémiques autour d’une psychiatrie jugée coercitive et répressive grondent dans le canton de Vaud. Couverture du livre *Qui shoote qui ?* Collectif, 1978



En janvier 1989, alors que les traitements contraints à Cery sont publiquement mis en cause après la plainte d’un patient devant la justice, l’hôpital voit ses murs ornés de graffiti.

Par Mikhaël Moreau

Lier l’hôpital et l’ambulatoire, spécialiser les filières : ré/organiser la psychiatrie adulte

Au cours des années 1980, une nouvelle conjoncture se dessine. De profondes réformes légales et institutionnelles s’articulent à la montée d’une contestation qualifiée d’antipsychiatrique sur la scène publique. Quelques années après Genève, la psychiatrie vaudoise et Cery se confrontent ainsi à une critique avivée avec l’éclatement de plusieurs affaires médiatisées. Celles-ci problé-
matisent le recours à la coercition en psychiatrie telle qu’elle a récemment été encadrée par des législations adoptées au niveau fédéral (privation de liberté à des fins d’assistance dite PLAFa, 1981) et cantonal (Loi sur la santé publique, 1985). On mentionnera ici notamment la fameuse « affaire de l’homme-bus » qui éclate au début de l’année 1986⁵⁰. L’homme-bus n’est autre que Martial Richoz (1962 – 2024), une personnalité bien connue des Lausannois : il fabriquait des trolleybus à partir de matériaux de récupération qu’il promenait ensuite à travers la ville. En janvier 1986, il est hospitalisé sur demande des autorités à Cery. L’historien d’art et directeur de la Collection de l’Art Brut (CAB), Michel Thévoz, monte alors au créneau pour dénoncer l’usage coercitif de la psychiatrie à l’endroit des individus créatifs et hors-normes tels que Martial Richoz. La polémique passionne le public vaudois. Tout au long des années qui suivent, la problématique de « l’internement forcé » et des traitements contraints suscite d’intenses débats et engage les milieux politiques à réviser la législation vaudoise au tournant du 21^e siècle. Une révision qui aurait impacté en profondeur les pratiques hospitalières selon le rapport de 2009 du Groupe de travail du DP-CHUV sur les mesures de contention présidé par Pierre Bovet (1946 – 2014)⁵¹. Il s’agira donc, dans les paragraphes qui suivent, d’examiner comment les différents services ont été repensés à l’interne de Cery depuis les années 1980, à l’intersection entre ces demandes sociopolitiques et les nouvelles conceptions portées par le personnel.

Années 1980 : le constat d’un clivage encore trop prononcé entre hospitalier et ambulatoire

Au moment où des polémiques éclatent sur la scène publique et où les milieux politiques réflé-
chissent aux moyens de repenser les législations portant sur la psychiatrie, les responsables

50 Ferreira/Maugué/Maulini 2020.



RTS, Temps présent, « L’affaire Martial : bruits et solitude » (61’), diffusé le 3 avril 1986

51 Bovet 2009.

internes de l’organisation de Cery et du secteur Centre sont aussi en train de mettre au point une restructuration de la psychiatrie adulte. Ce cumul de facteurs a donc entraîné une refonte profonde de l’organisation des soins et des pratiques de prise en charge. Quand la nouvelle loi sur la santé publique s’élabore, les autorités amorcent ainsi une réflexion de fond sur le fonctionnement de la psychiatrie de secteur dans le but de l’optimiser. Dans le rapport qu’il rédige en 1984, Charles Kleiber (1942 – 2025), alors chef du service sanitaire, émet le constat suivant :

Globalement, le secteur Centre est encore fortement marqué pour la psychiatrie d’adultes par l’existence de deux pôles, l’un hospitalier, l’autre ambulatoire, dont l’influence s’est fait sentir sur toute l’organisation du secteur, le Service universitaire de psychogériatrie ayant échappé à l’attraction de ces pôles. La forte discontinuité thérapeutique qui en est résulté a limité les échanges entre ces deux modalités de prise en charge et conduit les institutions relevant de ces deux pôles à développer des activités cherchant à compenser cette discontinuité : consultations à l’hôpital, projet de création de lits de crise au sein de la policlinique, etc. (...) L’intégration des soins (...) pourrait donc être encore renforcée⁵².

Précisons que la psychogériatrie dispose de ses propres équipements développés dans le sillage de l’HPG et placés sous la direction de son médecin-chef : le Centre ambulatoire ouvert à Lausanne en 1968, une consultation à Clarens en 1971 qui est ensuite absorbée par le Centre psychosocial de Montreux en 1973, un Hôpital de jour à l’HPG de Prilly la même année, puis un second au centre ambulatoire de Lausanne la suivante.

Il en va de même pour la pédopsychiatrie au SUPEA (*voir le témoignage de Barbara Steck p. 46*). Avec le CPS est instaurée en 1942 une juridiction spéciale pour les mineur.es, pour lesquel.les l’heure se veut à la prévention et au traitement davantage qu’à la punition. Dans cette intention, le conseiller d’État et Chef du DJP, Antoine Vodoz (1900 – 1945), soutient la création de l’OMPV par Lucien Bovet⁵³. Dès lors, cet office va déployer un réseau de consultations, à Montreux et Yverdon en 1945, puis à la Chablière à Lausanne en 1969. Une consultation spécialisée dans la déficience mentale infantile est aussi créée en 1966. En 1970, l’office est rattaché au Service de la santé publique (il dépendait depuis 1957 du Service de l’enfance et, auparavant, du DJP) et correspond au Service universitaire de psychiatrie infantile. Des équipes volantes sont créées pour la Vallée de Joux, Vallorbe, Payerne, Avenches, Le Pays d’Enhaut et les Ormonts, ainsi qu’un Hôpital de jour à l’Hôpital de l’enfance de Lausanne. En 1973, une chaire universitaire de pédopsychiatrie est établie, dont Henny est nommé titulaire. L’année suivante, une Consultation des jeunes et une Unité de thérapie familiale et de prévention sont ouvertes à Lausanne. Deux ans plus tard, en 1976, est fondé le Centre de coordination en faveur des handicapés. Une équipe est en outre détachée à plein-temps à la Clinique infantile de l’Hôpital cantonal. Le service, devenu SUPEA en 1978, est réorganisé en 1984 par le Professeur Walter Bettschart (1928 – 2017) en cinq unités comprenant les consultations de l’Est lausannois, des Jeunes et de la Clinique pédiatrique, de la rue Etraz, de la déficience mentale, de la Chablière, de l’Ouest lausannois, l’Atelier thérapeutique du soir et le CTA. Jusqu’à la création de ce dernier, en 1979, la pédopsychiatrie s’est largement déployée en dehors de l’hôpital avant d’y installer des antennes. Et, à l’instar de la psychogériatrie,

elle est unifiée depuis 1942 sous une direction unique confiée à un médecin-chef, détenteur d’une chaire universitaire dans le domaine.

La situation est cependant bien différente pour la psychiatrie adulte. On a vu que des consultations ambulatoires sont mises en place à la policlinique médicale dès l’époque de Preisig avec le concours de Steck. En 1942, le service de policlinique psychiatrique est confié à Lucien Bovet en tant que médecin-adjoint externe, auquel succède le D^r Pfaehler dès 1946. En 1948 est fondée la PPUL, détachée de la Policlinique universitaire générale à la rue César-Roux, et installée à la rue Caroline 5, sous la direction d’un médecin-adjoint externe également chargé de cours à l’université : Pierre-Bernard Schneider. Elle reste cependant rattachée à Cery, du moins jusqu’en 1958, où elle devient médicalement indépendante, son médecin-directeur étant nommé professeur de policlinique psychiatrique et de psychologie médicale chargé de l’enseignement en psychothérapie. Elle connaît dès lors un essor important, accroît son personnel médical – composé de médecins-assistant.es, de psychologues, d’infirmier.es et d’assistant.es sociaux.ales. Des antennes sont ouvertes à Lausanne, dont le Centre psychosocial (CP) en 1964 à la rue Saint-Pierre 1. Les consultations s’intensifient aussi (passant de 10’000 à 40’000 par an entre 1955 et 1971). Comme l’explique d’ailleurs Schneider :

L’expansion de l’activité de la Policlinique psychiatrique universitaire continue. Les chiffres en font foi. Cette évolution est la conséquence de l’urbanisation de la région lausannoise, de l’augmentation de la population dans ce secteur et également de l’augmentation de la complexité de la vie actuelle qui entraîne de nombreuses réactions psychiques et psycho-somatiques. D’autre part, les services de la Policlinique psychiatrique sont de plus en plus utilisés dans des secteurs où elle peut seule donner des soins ambulatoires spécialisés, car elle a mis au point des techniques d’intervention, soit dans les cas d’urgence, de traitement à domicile ou de traitement en équipe. Enfin, l’augmentation de l’alcoolisme et des toxicomanies est un facteur qui se fait sentir sur l’ensemble de l’activité⁵⁴.

La PPUL et son CP fournissent effectivement des prestations très diversifiées : traitements psychothérapeutiques individuels ou de groupe, thérapies conjugales avec les consultations en sexologie, visites à domicile, expertises et suivis des « traitements ordonnés » pour le compte des autorités judiciaires et administratives. De surcroît, Schneider développe dès les années 1960 – 1970 la psychiatrie de liaison, dont il est un pionnier en Europe⁵⁵. Un Centre de psychologie médicale (CPM) est créé à l’Hôpital cantonal en 1980 et confié au D^r Daniel Masson (1934 – 2020). Partagée entre Cery et la PPUL, la psychiatrie adulte rassemble donc depuis les années 1950 un panel de dispositifs diversifiés et complémentaires, mais relativement cloisonnés et autonomes les uns des autres, dirigés par deux professeurs tenant les chaires de psychiatrie et de psychiatrie policlinique. Selon Kleiber, cette situation engendre une discontinuité dans les soins qui pourrait, et devrait, être comblée⁵⁶. Dans cet esprit, une nouvelle organisation de la psychiatrie adulte est élaborée au tournant de 1990.

52 Kleiber 1984, 76.

53 Garibian 2015.

54 Rapport annuel de Cery 1970.

55 Vulser/Lanvin 2018.

56 Kleiber 1984.

Un changement de paradigme ? La fondation du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA, 1991)

En 1987, alors que la question de la succession – difficile – de Müller, parti à la retraite en 1985 mais assurant encore l’intérim, se décante avec la nomination du psychiatre marseillais Henri Dufour (1939 – ?), les autorités sanitaires décident la création du DUPA, suivant les recommandations d’une commission de la Faculté de médecine. En 1988, la composition du DUPA est arrêtée. Il intégrera deux services hospitalo-ambulatoires et une Division autonome de médecine psychosociale (DAMPS) – émanant du CPM. Cette structure repose sur l’idée d’une « saine » mise en concurrence des dispositifs, avec pour intention de les dynamiser ; une idée qui suscite des discussions clivées entre les instances sanitaires et médicales depuis la fin des années 1970. Une commission présidée par le chef du Service de la santé publique et de la planification sanitaire (SSPPS) est cependant chargée de conduire le travail de réorganisation, confié à des groupes pluridisciplinaires axés sur des thématiques spécifiques. Travail dont elle rend périodiquement compte à une commission consultative du DUPA, elle-même constituée en groupes de référence.

L’inauguration du DUPA en septembre 1991 marque ainsi une rupture franche avec la structuration de la psychiatrie adulte articulée depuis près de cinquante ans entre hôpital et ambulatoire, avec l’intégration de ces dispositifs au sein de deux « services aigus » homogènes. L’objectif est d’une part d’assurer une meilleure continuité des soins – ce principe étant par ailleurs également introduit dans les autres services et secteurs. D’autre part, il s’agit d’harmoniser et mieux coordonner la gestion médico-administrative, l’enseignement et la recherche (*voir « Développer la recherche à Cery : orientations et structures » p. 111, ainsi que les témoignages de François Borgeat p. 60, Pierre Magistretti p. 131 et Françoise Schenk p. 123*). Concrètement, le DUPA comprend deux Cliniques universitaires hospitalo-ambulatoires (A et B), dirigées chacune par un professeur – Dufour pour la A et François Ferrero pour la B. Elles ont des missions équivalentes, mais différent quelque peu dans leurs orientations. La première mobilise des approches plus psychanalytiques et de famille ; la seconde – fondée sur le regroupement avec l’ancien Centre psychosocial transformé en PPU B – a une inclination plus « communautaire ». Les hôpitaux A et B comprennent chacun 5 divisions mixtes situées dans la Nouvelle clinique, dotées de 15 à 20 lits et recouvrant un éventail de régimes d’hospitalisation différenciés (ouvert, semi-ouvert ou fermé). Ce dispositif est complété par une Unité de réhabilitation (UR) proposant aux patient.es de l’ensemble du DUPA des moyens de traitements « ergosociothérapiques » et collaborant avec les foyers, appartements et ateliers protégés créés par la SVHM et gérés dès 1978 par l’Association pour la formation initiale, la réadaptation et l’occupation (AFIRO). Équipée d’un centre d’ergosociothérapie de 130 places (installé dans le bâtiment d’occupation), l’UR dispose en plus d’une structure d’hébergement temporaire de 30 places dont 10 en hôpital de jour : la Division hospitalière de réhabilitation (DHR) à Gentiane. Les anciennes unités départementales sont maintenues : physiothérapie, musicothérapie, expression créatrice et atelier de peinture, Unité de biochimie et psychopharmacologie clinique, CEF. Deux

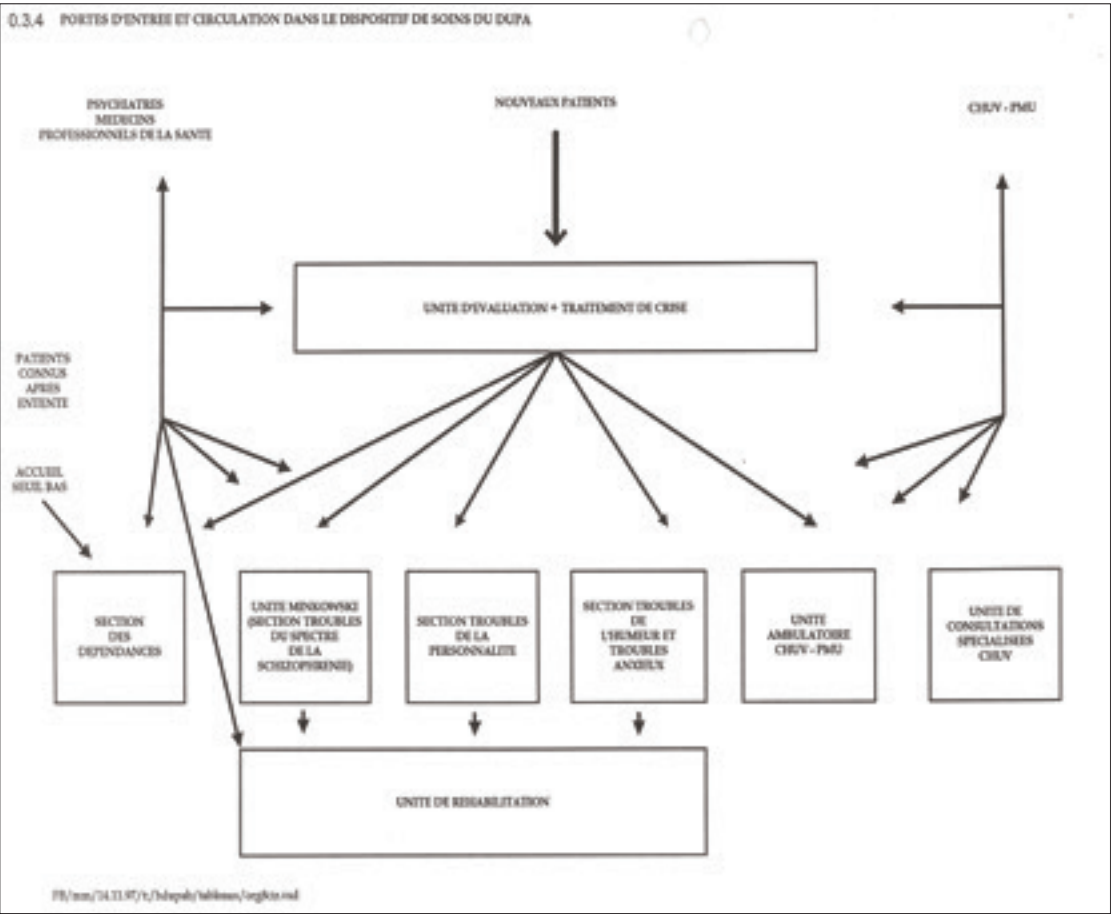


Schéma de circulation des patient.es dans les nouveaux dispositifs de soins du DUPA, 1997.

nouvelles unités sont toutefois créées (un centre de crise à Lausanne et l’Unité de psychiatrie en milieu pénitentiaire), tandis que la médecine psychosociale se voit renforcée en division.

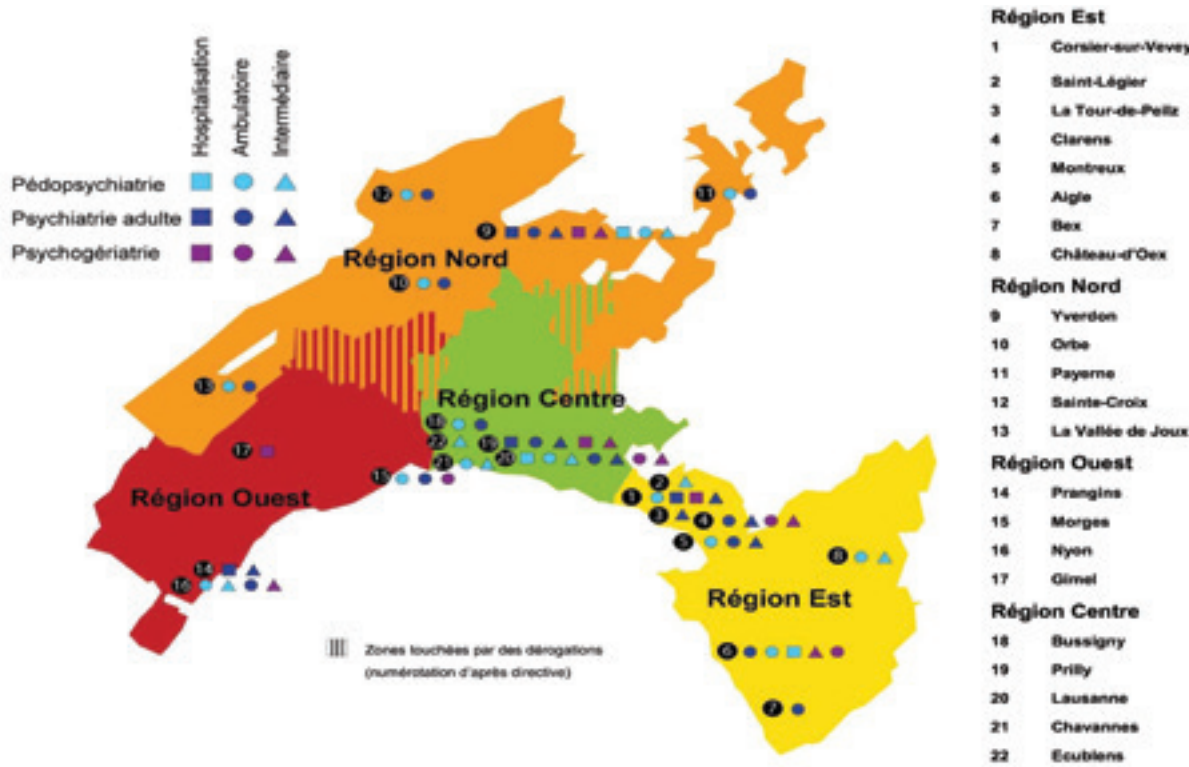
Le nouveau système, qui brosse les traits de la psychiatrie contemporaine, concrétise en définitive un changement de paradigme fondamental dont les bases avaient été échafaudées sous la direction de Müller : « l’hôpital psychiatrique n’est plus un lieu de vie, mais de soins temporaires destinés aux patients souffrant d’une pathologie aiguë, et à certaines situations pouvant nécessiter un temps de réadaptation plus long (de 3 mois à 1 an) »⁵⁷. Cette redéfinition majeure du rôle de l’hôpital coïncide du reste avec le lancement, par les autorités vaudoises en 1992, du projet Stockholm, rebaptisé ensuite « plan OrCHidée ». Il s’agit d’un programme d’économies

57 Rapport annuel de Cery 1991.

invitant, selon le Président de la Commission cantonale de coordination psychiatrique Édouard de Perrot (1934 – 2020), à « faire davantage et mieux avec moins »⁵⁸, qui ne va pas sans susciter quelques inquiétudes parmi les soignant.es. Dans cette conjoncture, une nouvelle diminution de la capacité d’accueil est réalisée (passant de 217 places en 1987 à 120 en 1995) – alors même que la population vaudoise continue de croître (de 511’851 habitants en 1970, à 601’816 en 1990 puis 640’657 en 2000⁵⁹ (*voir « Le lit à Cery : simple meuble ou objet de débat ? » p. 73*). Les divisions Caravelle et Hirondelles pour les longs séjours sont fermées en 1992 et 1993 avec le transfert de leurs occupant.es dans des établissements spécialisés. Au surplus, la DHR à Gentiane pour les « moyens séjours » est fermée en 1994 avec la mise en œuvre du plan OrCHidée. En contrepartie, celui-ci doit contribuer à flexibiliser les prises en charge, redessiner la carte des réseaux de soins psychiatriques et finalement resserrer les liens entre les différents éléments les constituant, en faisant de l’hôpital un lieu de soins aigus. L’hôpital prilléran devient le « site de Cery » en 1991.

Repenser ... encore ... l’organisation

Structures hospitalo-ambulatoires et intermédiaires dans les quatre « secteurs » psychiatriques renommés « régions » en 2008.



Pourtant, cette organisation semble assez rapidement devoir être révisée. Au lendemain de l’inauguration du DUPA, un changement de tutelle s’opère avec la création du Service des hospices cantonaux, dont dépendent désormais, aux côtés du CHUV, les Institutions psychiatriques du canton, placées dès 1992 sous la direction administrative d’Éric Toriel. Puis, en 1996, soit deux ans après avoir remplacé Dufour à la tête du DUPA, Ferrero quitte Cery pour Genève. Une commission de succession composée de plusieurs professeurs de l’Université de Lausanne (UNIL) et de Toriel est alors constituée. L’un de ses objectifs est de proposer des modifications de structure du DUPA au Conseil de Faculté. À cet effet, elle s’adresse à François Borgeat (*voir le témoignage de François Borgeat, p. 60*), qui dirige alors le Département de psychiatrie de l’Université de Montréal, un vaste département dont dépendent de nombreux services répartis entre plusieurs hôpitaux.

Nommé chef du DUPA dès 1997, appuyé de son adjoint, Patrice Guex (*voir le témoignage de Patrice Guex, p. 63*), ainsi que de plusieurs autres collaborateurs et collaboratrices, cadres du DUPA et membres de l’administration, Borgeat amorce dès lors « une vaste démarche mobilisatrice et collective » aboutissant fin 1997 à un plan de réorganisation dont les mots d’ordre sont « actualiser un patrimoine, miser sur les forces actuelles et préparer l’avenir »⁶⁰. Parmi les éléments le structurant, la fusion des Services A et B visant une « meilleure articulation entre les activités hospitalières et (...) ambulatoires » afin « de favoriser les interactions et la synergie entre les collaborateurs et de diminuer le morcellement, voire l’isolement de certaines activités » ; la création d’un service de liaison permettant d’affirmer la présence de la psychiatrie au sein du CHUV et d’en faire « un partenaire de plein droit dans tous les développements du complexe hospitalo-universitaire de Lausanne » ; la constitution de « secteurs de pointe (...) où des problématiques particulières sont approfondies, permettant ainsi le développement d’expertises de pointe »⁶¹.

Dans cette optique, le nouveau chef du DUPA et son équipe proposent de créer un Service de psychiatrie générale et spécialisée, ainsi qu’un Service de psychiatrie de liaison, prolongeant de manière radicale les réformes mises en œuvre quelques années plus tôt avec la création du département. Tout l’enjeu est de « combler la scission hospitalo-ambulatoire en concevant l’hospitalisation comme un événement ponctuel dans le traitement global de malades sur une base qui devient de plus en plus essentiellement ambulatoire », tout en limitant au maximum, voire en supprimant les prises en charge en milieu fermé⁶². Le fonctionnement du dispositif s’articule dès lors moins sur un paradigme ouvert/fermé-hôpital/ambulatoire que sur la circulation des flux en son sein. Au cœur de cette structure, se trouvent des unités d’observation, d’évaluation et de crise (traitement bref), d’où les patient.es sont ensuite redirigé.es vers des sections spécialisées selon les pathologies : dépendances, troubles du spectre de la schizophrénie, de la personnalité, de l’humeur et anxieux (*voir figure p. 55*).

Selon la planification établie fin 1997, l’Unité d’évaluation et de traitement de crise comprendra des lits d’observation à la Nouvelle clinique (ne pouvant être attribués à la même personne que pour une durée maximum de 48 heures), un centre de jour (Cery ou Sauvabelin), le site Tunnel pour les investigations ambulatoires, le Centre d’intervention et de traitement bref du CHUV pour

60 Plan de réorganisation 1998 (1997).

61 Plan de réorganisation 1998 (1997), 3 – 4.

62 Plan de réorganisation 1998 (1997), 7 – 8.

les urgences, les consultations du service de psychiatrie de liaison au CHUV, l'Unité d'expertises et la Consultation pour les étudiants à l'université. La section de dépendance disposera de 8 lits à Gentiane. Elle comprendra aussi le Centre Saint-Martin (ouvert en 1996 pour les traitements à la méthadone des toxicomanes), l'Unité de sevrage et l'Alcoologie. La section Eugène Minkowski – qui tient son nom de ce spécialiste de la schizophrénie, né en 1885 et mort en 1972 – s'occupera des troubles récents, évolutions à long terme et « suivi intensif en milieu naturel ». Elle disposera de 35 lits à la Nouvelle clinique et déploiera son activité sur les sites de Sévelin et Cery. La section des troubles de la personnalité proposera un programme ambulatoire individuel et de groupe et disposera de 18 lits à la Nouvelle clinique. L'activité de la section des troubles de l'humeur et anxieux reposera pour sa part sur des programmes de groupe et des consultations individuelles sur les sites de Cery et Bugnon. Elle comptera 32 lits à la Nouvelle clinique. Les traitements des troubles psychosomatiques, somatoformes ou psychiatriques avec comorbidité somatique, ainsi que les prises en charge provenant de la liaison PMU, généralistes et pour les migrants seront effectués à l'Unité ambulatoire de la polyclinique médicale du CHUV. Enfin, l'Unité de consultations spécialisées du CHUV assurera les prestations psychiatriques dans divers services somatiques pour les personnes atteintes de cancer ou du VIH/SIDA, souffrant de problèmes de fertilité, de rachis, de douleurs ou de troubles alimentaires, ou se trouvant en soins palliatifs.

En développant la psychiatrie de liaison, et en créant ce type de filières spécialisées selon les pathologies, la réorganisation du DUPA en 1998 ouvre ainsi la voie des réalisations ultérieures. Elle marque une première étape vers l'intégration de la psychiatrie au CHUV en 2003 et forme, pour ainsi dire, le socle du fonctionnement actuel du Département de psychiatrie. Les années 1990 – 2000 inaugurent en définitive un vaste mouvement d'intégration et d'unification qui se poursuit dans la décennie suivante. Unification de la psychiatrie adulte, d'abord, avec l'intégration des dispositifs hospitaliers et ambulatoires en un ensemble renforçant la continuité des soins ; unification également de la clinique, de la recherche et de l'enseignement au sein de filières spécialisées. Unification, ensuite, des différents services du secteur Centre au sein d'un département de psychiatrie lui-même intégré au CHUV en 2003 et tendant à unir cette spécialité à la médecine. Unification, enfin, des régions Centre, Nord et Ouest au sein du DP-CHUV en 2008 visant à harmoniser la psychiatrie vaudoise.

Conclusion

Ce mouvement continu de réorganisation institutionnelle qui, débuté dans les années 1960, a donc continué jusqu'à l'orée du 21^e siècle, tranche de façon saisissante avec l'inertie de la période asilaire. Auparavant, l'organisation de Cery n'avait connu que quelques modifications de surface. Son organigramme n'avait pour ainsi dire pas bougé pendant un siècle, par contraste avec la multiplication des schémas directeurs depuis les années 1980. Or ces efforts pour refondre les structures hospitalières ne sont qu'une illustration du mouvement qui porte Cery depuis 1945. Longtemps retranchée au sein de l'asile et de la campagne prillérane, la psychiatrie est depuis sortie des murs. Elle s'est déployée non seulement dans d'autres établissements hospitaliers – étatisés à la fin des années 1960 –, mais aussi dans des « lieux de vie » : en ville, dans les foyers, les établissements médico-sociaux, de détention ou spécialisés, grâce au développement des consultations ambulatoires et des équipes mobiles. L'hôpital de Cery est devenu un élément d'un organisme plus vaste, un maillon de la chaîne interinstitutionnelle des soins en santé mentale : le « site de Cery ».

Si les origines de cette mutation n'ont rien d'exceptionnel – tous les pays occidentaux ont visé la sortie de l'asile et le virage vers l'ambulatoire après la Seconde Guerre mondiale – les résultats et les moyens développés sur Vaud sont en revanche plus originaux. On pourrait même parler à cet égard d'un *modèle vaudois*. En dépit de ses problèmes, le système de soins vaudois a ainsi tout de même pour lui d'être parvenu à intégrer son hôpital psychiatrique au complexe hospitalo-universitaire cantonal et à l'inscrire dans un réseau de soins protéiforme en mesure d'offrir une multiplicité de prestations spécialisées (*voir l'entretien avec Kerstin von Plessen, p. 19*). Ailleurs, beaucoup d'établissements psychiatriques demeurent aujourd'hui dans une situation d'extériorité par rapport aux structures hospitalières générales et peinent toujours à développer des prises en charge ambulatoires. Dans certains cas, cela s'est traduit depuis les années 1980 par une montée de la « clochardisation » et de la « carcéralisation » (enfermement en prison) des malades mentaux. Vaud est demeuré relativement épargné par ces phénomènes. La *désbospitalisation* s'y est, d'une part, réellement produite et elle s'est, d'autre part, vraiment accompagnée de propositions alternatives et diversifiées de prises en charge. Sans pour autant revenir aux images d'Épinal d'une bonne vieille histoire du progrès médical – tout n'est bien sûr pas parfait en terres psychiatriques vaudoises ! – il est toutefois important de souligner que les efforts du canton (y compris budgétaires) ont permis de soutenir cette singularité du dispositif vaudois, qui est incarnée et reflétée par l'évolution de Cery de ces quatre-vingts dernières années.

François Borgeat

Réorganiser la psychiatrie adulte et l'hôpital

Lorsque François Ferrero a quitté le DUPA en 1996, une commission de succession a été formée pour discuter de l'avenir du département et envisager une réorganisation. C'est dans ce contexte qu'un comité dirigé par Éric Toriel, alors chef des Institutions psychiatriques du Service des hospices cantonaux, est venu me rencontrer à Montréal. C'était l'hiver, qui est assez rigoureux chez nous. J'étais impressionné. La commission cherchait quelqu'un d'extérieur à même de réformer la psychiatrie adulte. Comme je dirigeais le Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, ils ont pensé à moi et m'ont proposé d'appuyer ma candidature à Lausanne. J'ai des racines valaisannes par mon père et cela me plaisait de vivre cette expérience dans un pays où j'avais une histoire. J'ai donc accepté ce défi très motivant.

Dès mon arrivée à Cery fin 1996, on m'a interrogé sur l'organisation de l'hôpital, que je ne connaissais pas du tout. C'était un milieu très différent pour moi et l'hôpital polarisait beaucoup l'attention. J'ai été tout de suite frappé de la coexistence de deux unités hospitalières (Cliniques universitaires hospitalo-ambulatoires A et B ouvertes en 1991) dirigées chacune par un psychiatre sénior, qui traitaient surtout des problèmes variés pour une patientèle semblable, proposaient le même genre de formation aux étudiant.es et effectuaient finalement un travail semblable, mais dont le fonctionnement était clivé, l'une ayant des durées de séjour deux fois plus longues que l'autre. Cela faisait une grosse différence qui n'était pas explicable scientifiquement et qui avait besoin d'être modifiée.

Mon hypothèse tenait que, dans un milieu universitaire, il fallait développer simultanément la clinique, la recherche et l'enseignement autour de problématiques spécifiques, délimitées et qui pouvaient être approfondies. Parce que s'occuper de patient.es psychotiques est différent de s'occuper de personnes souffrant de dépression ou de troubles anxieux ou présentant des problèmes de toxicomanie.

Il fallait donc spécialiser plutôt qu'avoir une approche généraliste où tout le monde s'occupe de tout, comme c'était le cas jusqu'à lors, à Lausanne, mais aussi à Montréal et ailleurs. **L'approche spécifique des troubles psychiatriques était alors une idéologie plus qu'une réalité. Nous avons donc travaillé à développer de nouvelles orientations cliniques et de recherche.**

Nous avons organisé des réunions avec les médecins-chef.fes des unités, mais aussi des consultations avec d'autres acteur.es. Sans cela, ça n'aurait pas fonctionné. C'était très ouvert. Les gens pouvaient venir et nous propositions des projets, nous discussions, évaluons les besoins, ce à quoi les intervenant.es étaient le plus sensibles et le plus ouvert.es. Nous avons aussi ouvert les discussions sur la modification du fonctionnement de l'hôpital en y ajoutant des partenaires extérieurs comme le GRAAP, qui était un interlocuteur très important, avec lequel nous avons beaucoup échangé et travaillé. Et tout cela est finalement allé très vite. Cela m'a étonné, car on dit les Suisses très conservateurs et nous visions un grand chambardement. Pourtant, en un an et demi, nous avons pu réorganiser toute la psychiatrie adulte et l'hôpital en filières spécialisées. Il y avait quatre sections : les troubles anxieux et de l'humeur, dont souffre dans le fonds la majeure partie de la patientèle hospitalisée ; les troubles de la personnalité, qui ont par la suite été regroupés avec les précédents ; la Section Minkowski pour les psychoses, avec en particulier la schizophrénie ; les dépendances. Il y avait aussi une unité d'urgences psychiatriques pour les observations. Une fois le programme arrêté, et approuvé par l'ensemble des intervenant.es, la mise en place s'est faite en une journée. À Montréal, une telle spécialisation a été réalisée plus tard et a pris plus de temps.

Par ailleurs, à mon arrivée à Cery, la recherche dépendait des intérêts de chacun.e. J'ai pris contact avec des chercheur.es du CHUV, de l'École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL), on a discuté et décidé de développer toute la recherche en fondant un laboratoire de neurosciences psychiatriques. Nous avons trouvé des espaces inutilisés que nous pouvions utiliser pour la recherche en psychiatrie. C'était important selon moi, parce qu'à cette époque, les neurosciences étaient surtout l'apanage de la neurologie ; elles investigaient par exemple les problèmes de motricité. Mais en psychiatrie, c'est autre chose. **L'enjeu est de comprendre pourquoi des personnes deviennent psychotiques et ce qui peut être fait en termes de traitement, mais également de prévention,** non seulement pour aider les gens, mais aussi les sociétés en prise avec ces troubles, qui sont très problématiques et difficiles

Patrice Guex

Intégrer la psychiatrie au CHUV. La création du DP-CHUV

à traiter du fait de notre méconnaissance des mécanismes à leur origine. Nous avons pu recruter deux spécialistes de très hauts niveaux à Zurich, la D^{re} Kim Do et le Professeur Michel Cuénod, qui avaient l'habitude de conduire des recherches systématiques et qui proposaient une hypothèse très intéressante reliant la schizophrénie à une carence d'une certaine substance : le glutathion. C'était très stimulant et intéressant de suivre leurs travaux de recherche. Ils ont obtenu des fonds importants pour développer davantage ce laboratoire (*voir les témoignages de François Schenk p. 123 et de Pierre Magistretti p. 131*).

Par ailleurs, j'étais aussi préoccupé de développer un autre domaine, tant dans une dimension de recherche que de clinique : la psychothérapie. À ce moment-là, la recherche en laboratoire, portant sur les mécanismes biologiques de la maladie psychique, tendait à prendre de plus en plus de place. Mais la psychiatrie, ce n'est pas seulement cela et j'étais soucieux d'établir un équilibre. La psychothérapie fait partie de la formation et du travail des psychiatres. À Lausanne, beaucoup étaient d'orientation psychanalytique. Il y avait aussi une tradition importante à Cery, orientée vers les approches systémiques, avec les thérapies de famille et des études sur les interactions entre de jeunes enfants, les parents et les intervenant.es. Cela avait beaucoup d'intérêt. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) étaient cependant moins représentées. J'ai donc fait venir quelques spécialistes de Montréal, qui étaient de bons enseignant.es et qui ont contribué à développer cette orientation avec d'autres psychologues qu'on a recruté.es, notamment Valentino Pomini, et les TCC ont été incorporées dans la formation des médecins-assistant.es. On avait ainsi trois orientations, qui correspondent d'ailleurs aux trois possibilités de formation en Suisse : psychanalyse, approche systémique et TCC. Et pour proposer en quelque sorte un contrepoint aux neurosciences, on a fondé l'Institut universitaire de psychothérapie (IUP).

Finalement, on a pu faire beaucoup en très peu de temps. Et puis, j'ai été amené à partager mon activité entre Lausanne et Montréal, où mes enfants sont retournés. Patrice Guex, mon collègue qui a collaboré à ces changements, a progressivement pris la relève et concrétisé un rapprochement avec le CHUV. Je suis définitivement retourné au Québec vers 2006 avec un certain regret, car mon séjour à Lausanne a été une expérience très stimulante et très motivante. J'y reviens souvent avec beaucoup de plaisir. Et bravo pour le nouveau Cery qui constitue une très belle réussite pour le 150^e anniversaire !

L'intégration des différents services et secteurs psychiatriques au CHUV s'est faite en deux étapes. D'abord, il y a eu la création du DP-CHUV en 2003, avec le regroupement de tous les services universitaires du secteur Centre, sous une direction unique. Puis, en 2008, les secteurs Nord et Ouest y ont été rattachés. **L'objectif était de fédérer la psychiatrie, de mutualiser ses forces de recherche et d'enseignement et d'optimiser ses standards de qualité, en particulier pour les soins. Il s'agissait également d'en développer le potentiel académique et les plans de relève à tous les niveaux d'enseignant.es selon les exigences de la Faculté de biologie et de médecine et de la FMH, en tenant compte d'une forte compétitivité.** C'était aussi lui conférer une meilleure représentativité au sein des organes de direction hospitalo-universitaires afin de faire connaître sa spécificité et défendre ses intérêts.

Dans les années 1990, les institutions psychiatriques étaient autonomes et dépendaient du Service des hospices cantonaux, parallèlement au CHUV. Mais au début des années 2000, les autorités souhaitaient simplifier les organigrammes. En 2002, le Conseil d'État décide de fusionner la direction des hospices et celle du CHUV. Dans ce contexte, Henri Corbaz (1952-2019), alors directeur général du CHUV par intérim, décide de réunir le secteur Centre avec ceux du Nord et de l'Ouest en un Département unique. C'est la création du DP-CHUV. En tant que chef de la psychiatrie de liaison, membre du Collège des chefs de service du CHUV et du Conseil de Faculté, j'entretenais des relations de confiance avec toutes les Directions et cela a beaucoup facilité cette unification qui persiste à l'heure qu'il est.

Ce projet pyramidal a suscité beaucoup d'appréhensions et quelques résistances du côté de la psychiatrie. Les psychiatres redoutaient en effet que leur spécialité souffre d'une mise en concurrence avec les exigences techniques du somatique, notamment pour



Schéma d'organisation hiérarchique de l'Hôpital de Cery entre 1950 et 1980.

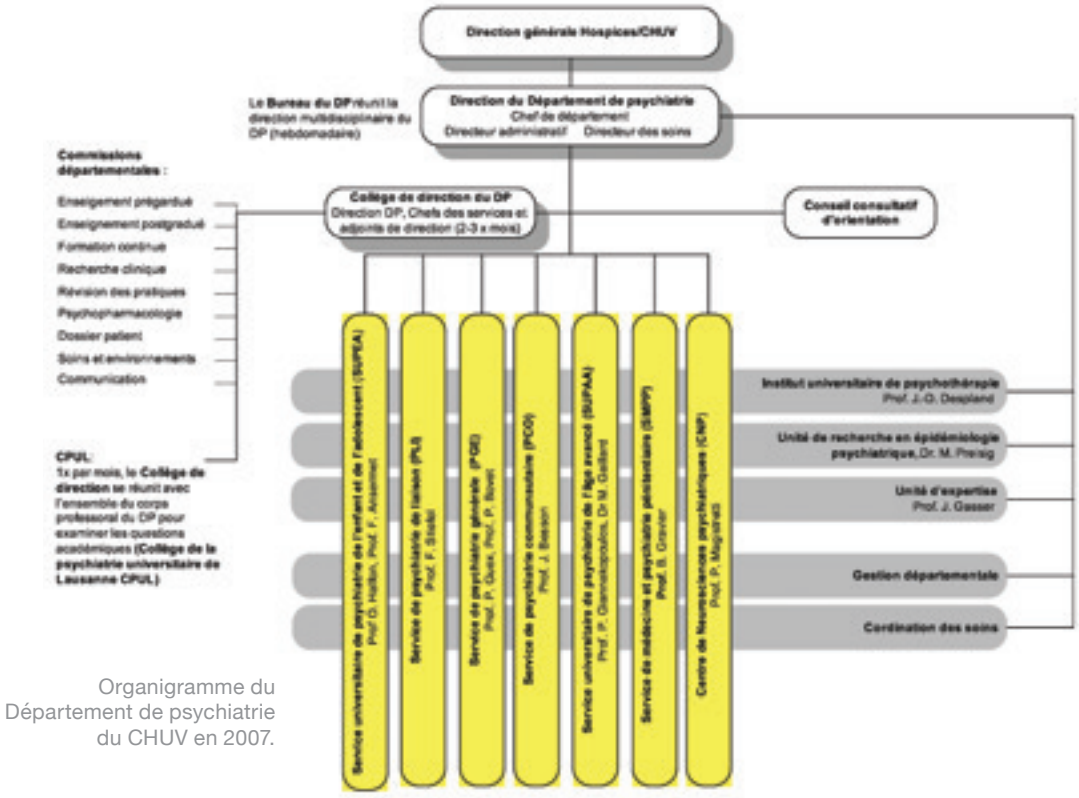
des impératifs budgétaires. Ce mouvement centripète contredisait d'autre part une autre tendance voulue par la santé publique de créer des réseaux de soins régionaux dont l'expérience avait débuté dans le secteur Nord.

Pour garantir la déstigmatisation de la psychiatrie, on m'a offert un siège au comité de direction du CHUV et chaque semaine j'avais l'opportunité de présenter notre point de vue dans les grandes décisions stratégiques. C'est à travers cette instance que nous avons pu établir aussi de meilleurs contacts avec la santé publique et rédiger conjointement le premier plan de santé mentale vaudois.

Ces progrès intégratifs allaient avec des efforts de standardisation et d'uniformisation institutionnels qui ont rencontré pas mal de difficultés puisque CHUV et psychiatrie ne partageaient pas la même culture. Le slogan du moment était «Cery = CHUV», manière de revendiquer une mise à niveau de nos structures aussi en termes de qualité hôtelière, confort, hygiène, sécurité. Cela a amené d'ailleurs, 15 ans plus tard, à la construction du Nouvel Hôpital psychiatrique à Cery (*voir le témoignage de Jacques Gasser, p. 67*).

Il y a eu, bien sûr, des sacrifices. Outre les soins et l'administration à Cery, il y avait sur le site de nombreuses professions, des techniciens, un opérateur multimédia, un matelassier, un tapissier, une buanderie complète, une cuisine indépendante, des jardiniers qui embellissaient le parc, des transporteurs dévoués, enfin la pharmacie, source financière appréciable pour équilibrer nos budgets. Tout cela a été progressivement dissous dans les services centraux du CHUV. Au quotidien c'était une véritable entreprise de désautonomisation et un choc. La cuisine toute neuve a été transformée en cuisine de finition ; la pharmacie remplacée par des îlots d'acheminement de produits du CHUV dans les différentes sections.

Un exemple un peu comique, mais assez représentatif, a été le sapin de Noël. Un arbre ridicule est apparu un jour sur le rond-point devant la clinique, alors qu'au CHUV, comme au Palace, la façade



Organigramme du Département de psychiatrie du CHUV en 2007.

ruisselait de boules massives et de rubans rouges. Je suis allé à la Direction et j'ai dit : «Voilà le résultat de l'entrée dans le CHUV. Je peux vous dire que les avantages, ils ne les voient pas. Mais alors les désavantages...». Ils ont donc fait livrer un grand sapin pour le moral des patient.es et le mien.

Et pourtant, des avantages il y en avait. **Créer le DP-CHUV et rassembler le Centre, le Nord et l'Ouest a contribué à notre succès. Cela a permis d'établir une véritable mise à niveau et une rationalisation entre les services des différents secteurs, d'implémenter les procédures et valeurs de qualité et les différents dispositifs techniques ou logistiques du CHUV**, par exemple pour la gestion centralisée des lits, en psychiatrie jamais bien répertoriés (*voir «Le lit à Cery : simple meuble ou objet de débat ?» p. 73*). Sur le plan académique, cela a permis d'asseoir notre réputation et notre attractivité pour la gouvernance, la recherche, l'enseignement et la clinique. Au DUPA, François Borgeat avait structuré les sections spécialisées et notre équipe a nourri ce cercle vertueux, en légitimant les filières spécialisées, en sélectionnant les meilleures compétences et en assurant la relève académique et des enseignements de qualité dans notre discipline (*voir le témoignage de François Borgeat, p. 60*). Nous avons également remis de la cohérence en psychothérapie en fédérant l'enseignement et la recherche des diffé-

Jacques Gasser

Construire le Nouvel Hôpital

rents axes (psychanalyse, psychodynamique, systémique, approche cognitivo-comportementale) au sein d'un Institut de psychothérapie. Sous la houlette du Professeur Jean-Nicolas Desplands un travail unique de synergies et différenciation, alimentant de nombreuses publications, a pu s'établir au cours des ans.

Pour la recherche translationnelle et fondamentale également, les laboratoires étaient éparpillés, en psychogériatrie, en psychopharmacologie avec les dosages sanguins et en neurosciences cognitives. La Faculté nous pressait de développer des axes clairs pour accroître notre visibilité. C'est l'origine du Centre de neurosciences psychiatriques (CNP), placé très vite sous la direction du Professeur Pierre Magistretti, neuroscientiste reconnu internationalement. Ce dernier a établi des liens structurels avec la Faculté des sciences de la vie de l'EPFL. À Cery c'est grâce aux équipes de Kim Do et Philippe Conus que la recherche translationnelle, anticipée à cette époque, a pris son envol.

On voit que **Cery est devenu autre chose qu'un hôpital, ce n'est plus le seul lieu pivot de la clinique mais seulement un chaînon plus aigu d'un dispositif de soins complexes, transâges, transpécialités**. C'est devenu un campus de formation pluriprofessionnelle où clinique, recherche et enseignement s'enrichissent et se renforcent mutuellement. **La psychiatrie asilaire est réellement sortie de ses murs. La liaison est partout**. Tous ces éléments, suivant le plan de santé mentale, ont ramené la psychiatrie dans la cité et ont construit sa réputation actuelle, à telle enseigne que l'on s'est résolu, à un niveau politique, à lui octroyer paradoxalement la construction d'un Nouvel Hôpital récemment inauguré. Ériger des monuments est réservé aux méritants...

Il y a une fédération d'intérêts et d'intelligences dans cet épanouissement et cette réalisation remarquable. Mes successeurs, élus grâce à une relève académique soutenue, arrivent à la retraite les uns après les autres. Le bilan est magnifique, je vois combien ils ont assuré le succès des différents services et disciplines dont ils avaient la charge (liaison, addictions, communautaire, psychose, psychogériatrie, psychothérapies).

J'avais souhaité unifier ce département en me disant : il faut créer un esprit, il faut qu'ils aient tous du plaisir à venir et à rester. Je pense que ce qui en est sorti a été construit suffisamment bien, tous ensemble, pour que cela survive encore. C'était il y a vingt ans.

Le projet du NH est né au début des années 2000. La psychiatrie avait connu d'importantes réformes dans les dernières années et de nouveaux besoins s'étaient affirmés. Je me souviens de discussions avec Patrice Guex, le Chef du DP, et Luis Basterrechea, le Directeur administratif. Il avait d'abord été question d'un projet de rénovation du bâtiment de la psychogériatrie, qui était obsolète et qui manifestement ne répondait plus aux normes. Un premier projet n'a pas abouti pour des raisons financières. Mais ça devenait vraiment urgent de changer les choses, parce qu'il y avait encore des chambres à six lits à la psychogériatrie. Je pense que le moment de bascule a été la visite de Pierre-Yves Maillard, le conseiller d'État en charge du Département de la santé et de l'action sociale. Je me souviens que lors de sa visite, il ne faisait pas beau. Cery avait l'air vraiment triste. On s'est rendu à la psychogériatrie. C'est là qu'il a vu les chambres. Je me rappelle très bien d'une chambre à trois par exemple, où il y avait une personne en train de mourir, une autre qui délirait et une troisième qui déprimait. Je pense que ça lui a ouvert les yeux, qu'on ne pouvait pas continuer comme ça, qu'il fallait vraiment modifier cette situation. Je pense que ce moment a marqué un tournant dans sa détermination à changer les choses.

À partir de là, le projet a vraiment démarré. Il y a eu des projets, des contre-projets, beaucoup de discussions avec les soignant.es sur le terrain. Ça a duré un temps infini pour mettre tout le monde à peu près d'accord sur un premier projet qui a pu passer les différentes étapes.

La question était de savoir si on renovait ou si on construisait un bâtiment neuf. Une idée que je trouvais intéressante était de faire un immense bâtiment uniforme, apparenté à un hôtel. Parce qu'au fond,



Trois projets lauréats
du concours
d'architecture



Projet
GD Architectes



Projet
Tribu Architectes

un hôpital psychiatrique est très différent d'un hôpital somatique : les patient.es ne font que dormir dans leur chambre. Autour de cet «hôpital-hôtel», il y aurait eu des structures d'occupation. Mais c'était aller un peu loin, c'était difficilement acceptable, même pour nous et on ne l'a pas proposé. Finalement, un concours d'architecture a été lancé en 2009 pour un nouveau bâtiment. Au fond, ce qui revenait le moins cher, c'était de remplacer l'ancienne clinique rose qui hébergeait la psychiatrie adulte et qui datait de 1959. Ce bâtiment avait énormément amélioré les choses en son temps, il n'y a pas de doute. Mais je pense qu'il était désormais inadapté. Et puis, il sentait le vieil hôpital et avait un côté soviétique, avec ses couloirs rectilignes, sans vie. Il s'agissait aussi de rénover la psychogériatrie. Et c'est ce qui a été réalisé.

Il y a eu plusieurs projets. Certains membres du jury, qui était composé d'une dizaine de personnes dont des représentant.es du CHUV, des médecins somaticien.nes et la responsable du service des constructions du CHUV, avaient opté pour un modèle d'hôpital classique et trouvaient que le projet que l'on soutenait était trop peu fonctionnel, qu'il y avait trop de courbes, de vitres, de balcons compliqués, etc. De leur point de vue, un hôpital devait être le plus pratique possible, facile à entretenir et nettoyer. En fin de compte, ils ont accepté le projet défendu par la majorité du jury.

Un premier rapport a été présenté et défendu devant le Grand Conseil par Pierre-Yves Maillard, avec un financement à 160 millions de francs. Maillard a dit : «C'est très bien, mais vous n'aurez pas plus de 100 millions.» On a dit : «Bien, nous ferons avec 100 millions.»

Quelques dates clés

- 1998** : Réorganisation du DUPA
- 2003** : Création du DP-CHUV
- 2007** : Décret de crédit d'investissement de 6,4 millions de francs pour études sur le site de Cery
- 2008** : Décret de crédit complémentaire de 588 milles francs pour les études visant la réalisation d'un établissement fermé pour mineurs nécessitant une prise en charge psychiatrique
- 2009-2010** : Concours d'architecture
- 2013** : Décret de crédit de construction de 106,6 millions de francs
- 2016** : Début des travaux du NH1
- 2020** : Emménagement dans NH1, démolition partielle de l'ancienne clinique, début des travaux du NH2
- 2023** : Emménagement dans NH2, démolition de la seconde partie de la clinique, travaux des aménagements extérieurs, inauguration du Nouvel Hôpital



Images de synthèse du projet de J.-P. Dürig SA, 2010. Ce projet, non retenu, a fait partie des cinq propositions finalistes pour la conception du Nouvel Hôpital.



Images de synthèse du projet de CCL Architectes, Lugano, retenu pour le Nouvel Hôpital, 2010.



Article du 24h
(2 septembre 2013)



Exposé des motifs et
projet de décret 46.
Texte du Conseil
d'État



Entretien Plans-
fixes Jacques
Gasser (2021)

Enfin, en 2013, le GC a accordé le crédit de construction pour un montant de 106,6 millions de francs. Je me rappelle ce moment. Avant cela, les députés devaient se prononcer sur un autre projet de bâtiment pour l'oncologie, qui s'élevait aussi à 80 ou 100 millions, qui a suscité pas mal de débats et qui est finalement passé. Je craignais qu'après avoir accordé ce crédit, les députés diminuent un peu le budget pour le NH. C'était midi moins dix et la question était de savoir si le projet de Cery allait être abordé avant la levée de la séance ou dans l'après-midi. Finalement, Maillard a tout de suite présenté son rapport et les députés ont voté. Le décret a été accepté avant midi, sans aucune opposition ni abstention. Il n'y a presque pas eu de débats. Le projet comprenait la création de plusieurs unités pour la psychiatrie adulte et de l'âge avancé installées dans le NH. En outre, trois nouvelles structures ont été prévues : une Unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs (USPFM) et un Établissement de réhabilitation sécurisé pour adultes (ERS), qui ont été imposés dès 2007 par les autorités politiques, ainsi qu'une Unité de psychiatrie de crise du handicap mental (UPCHM).

Un défi posé par le projet de NH qu'on n'imagine pas toujours, c'était qu'il fallait continuer de s'occuper des patient.es pendant les travaux, ce qui était très compliqué dans la pratique. C'est pourquoi la construction s'est faite en trois étapes. On a commencé par construire le NH1 derrière l'ancienne clinique, là où il n'y avait rien. Les patient.es ont emménagé et le bâtiment qui les hébergeait a été détruit pour laisser place au NH2. Enfin, la dernière partie de l'ancienne clinique a été détruite pour faire un parc.

Je trouve que ce qui a été créé là est un bel hôpital. C'est un beau geste architectural, qui amène beaucoup de lumière et d'espace. Un bâtiment qui permet des soins beaucoup plus personnalisés, avec un maximum de chambres à un lit, le plus ouvert et lumineux possible. Qui permet de mieux coordonner les soins infirmiers. Qui offre aussi des unités de soins intensifs avec des chambres fermées beaucoup plus adaptées, à proximité des soignant.es. **C'est un bâtiment conçu pour être le plus modulaire possible.** Parce qu'au fond, la psychiatrie évolue. Le NH va durer une cinquantaine d'années et c'est très difficile de prévoir les besoins futurs. Il fallait donc qu'il soit capable de remplir des fonctions différentes, d'être adapté aux nouvelles façons de faire, qu'on ne connaît pas encore.

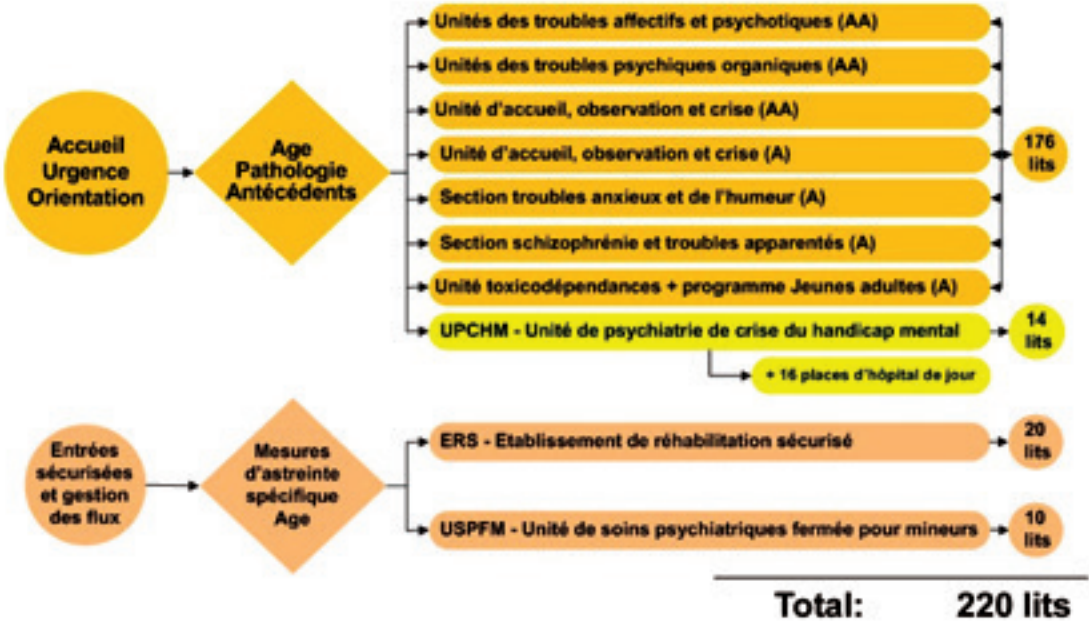


Plaquette NH, CITs
CHUV (2023)



Plaquette Concours
d'intervention artistique,
CITs CHUV (2015)

Le programme



Programme des unités du Nouvel Hôpital, 2013.

l'obscurité de la nuit nous
garde encore dans un profond
sommeil. Puis soudain, les
premiers chants d'oiseaux ouvrent
gentiment nos yeux à une magnifique
aurore naissante. Une douce lumière
vient ouvrir nos coeurs et nos esprits
à la vie. Enfin, les doux rayons du
soleil finissent par nous réveiller
complètement. Nous nous laissons
émervueillir par notre environnement
aquatique, la pêche à la ligne va
pouvoir commencer.
Hymne au vivant !

Contributions scientifiques

Émilie Bovet et Aude Fauvel 73 - 85

Mikhaël Moreau 86 - 90

Marco Cicchini 91 - 93

Mikhaël Moreau 108 - 109

Vivre et travailler à Cery.

Histoires du quotidien hospitalier

Entretiens

Andreas Steck 94 - 101

Claude Cantini 102 - 107

Par Émilie Bovet et Aude Fauvel

Le lit à Cery : simple meuble ou objet de débat ?

Le lit est *a priori* un objet banal, que l'on rejoint tous les soirs sans trop se poser de questions, mais sans doute avec plus ou moins d'entrain selon la qualité de la literie ou du repos que l'on espère y trouver. Et pourtant, dans l'espace psychiatrique le lit a été – et est toujours – un élément-clé, autour duquel se cristallisent des enjeux pragmatiques, politiques et symboliques, au point qu'on a parfois discuté vertement autour de ce meuble d'apparence anodine. À l'instar de l'historien Benoît Majerus, nous pensons que le lit fait partie des acteurs non humains qui conditionnent fortement les institutions hospitalières et dont le rôle a été négligé par les sciences sociales⁶³. Pourquoi ? En partie parce que celles-ci ont longtemps surtout abordé l'histoire psychiatrique par le biais d'écrits médicaux. Or, si ces sources sont plutôt bavardes sur les évolutions théoriques de la discipline psychiatrique, elles le sont beaucoup moins sur ses aspects matériels. C'est pourquoi nous avons voulu porter ici un coup de projecteur sur les lits de Cery et montrer comment, et pourquoi, ces objets si communs ont pu y déclencher de si vives polémiques, qu'on les ait plutôt regardés comme des unités statistiques ou bien comme des meubles.

63 Majerus 2011.

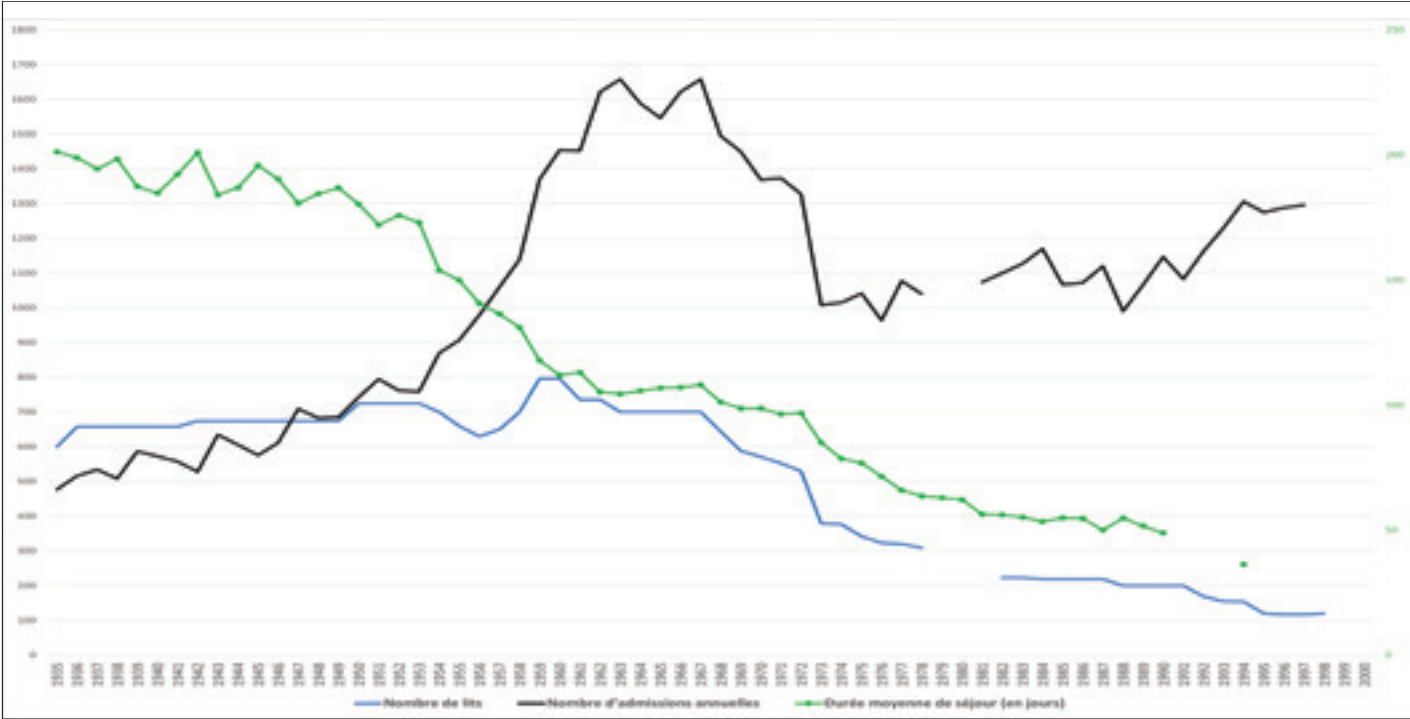
Le lit : un enjeu politique, une obsession comptable

Combien de lits pour la psychiatrie ? Une vieille question

Cery est un établissement public classique (*voir « Cery, une institution au coeur de multiples reconfigurations » p. 27*). Or, qui dit institution publique, dit comptes à rendre à des autorités, en l'occurrence cantonales. En d'autres termes, les directions de Cery ont toujours dû fournir des bilans et se confronter, à échéances fixes, à la même question : quels sont vos résultats et, son corollaire, comment justifiez-vous vos coûts ? Mais si la question est restée la même depuis le 19^e siècle, la façon d'y répondre – et d'y arrimer les lits – a, en revanche, sensiblement changé au cours du temps. Pour comprendre les débats que cet objet a suscités à Cery, il faut les replacer dans le contexte des transformations des établissements psychiatriques en Europe, depuis l'internement asilaire du 19^e siècle jusqu'à la désinstitutionnalisation des années 1960 – 1970.

Au début du 19^e siècle, quand ils réclamèrent que les États financent des institutions dédiées au soin de la « folie », les médecins décrivirent les futurs « asiles » comme des « machines à guérir ». La réalité ne correspondit pas au rêve : les guérisons ne furent pas aussi nombreuses qu’espéré et, inversement, le nombre « d’aliénés » se révéla plus important que prévu. Si Cery n’enfla jamais dans les proportions du plus gros asile d’Europe (Clermont-de-l’Oise en France : plus de 2’000 patient.es en 1880... 4’400 à la veille de la Seconde Guerre mondiale !), il comptait tout de même plus de 400 pensionnaires en 1880 et 600 en 1939.

Nous ne nous attarderons pas ici sur les raisons de cette croissance apparente du nombre de « malades mentaux » (elle découla d’une combinaison de facteurs : la misère, la diffusion de l’alcoolisme, de la neurosyphilis, etc.), mais nous nous bornerons à souligner qu’elle contribua à modifier en profondeur la représentation de la mission des asiles. À partir de la fin du 19^e siècle, les médecins, comme le grand public, émirent de plus en plus de doutes sur la possibilité d’y guérir des patient.es. Le rôle qu’on assigna aux gros asiles publics ne fut dès lors plus tant de soigner que « d’isoler » des « dégénérés », des « tarés congénitaux », des « héréditaires constitutionnels », des « schizophrènes incurables », pour ne citer que quelques-uns des diagnostics défavorables et généralement synonymes d’internement à vie qui se sont succédé dans le vocabulaire psychiatrique des années 1880 aux années 1950.



D’après les recherches de Mikhaël Moreau, le mouvement de déshospitalisation amorcé à Cery dans les années 1940 se précise dès 1953, année marquée par l’introduction des neuroleptiques et une forte réduction des durées moyennes de séjour. Cette évolution va s’accompagner d’une baisse régulière de la capacité d’accueil de l’institution alors même que le nombre d’admissions annuelles atteint des chiffres records jusqu’à l’introduction de la politique de sectorisation en 1966.

A contrario, les années 1960 – 1970 furent traversées par une réaction de fond contre ce pessimisme thérapeutique. En Italie, le D^r Franco Basaglia obtint même que tous les hôpitaux installés dans les murs des anciens asiles soient fermés, jugeant qu’on ne pouvait pas bâtir une vraie médecine psychiatrique, soucieuse de comprendre et de soigner les patient.es, dans ces endroits marqués par l’enfermement et la maltraitance. Si, en Europe occidentale, l’Italie fut la seule à adopter une politique aussi radicale, à partir des années 1970 tous les autres pays, Suisse incluse, entreprirent de désinstitutionnaliser et de favoriser plutôt les traitements en ambulatoire. Les institutions actuelles héritent de cette défiance envers les établissements hospitaliers psychiatriques. Aujourd’hui, l’hospitalisation en psychiatrie est ainsi encore souvent présentée comme une solution de dernier recours, qu’il vaut mieux éviter ou, du moins, réduire au maximum pour éviter les dérives du passé.

Mais quel rapport avec les lits ? C’est simple : en fonction de la mission qu’on a dévolue à l’hôpital psychiatrique au fil du temps, on a considérablement varié d’opinion sur la taille qu’il devait avoir. Quand on le percevait comme un « rempart » permettant de protéger la société des « tarés », il semblait légitime de vouloir le doter d’une capacité importante, donc de beaucoup de lits. Du moins était-ce généralement l’avis des médecins, mais pas forcément de leurs autorités de tutelle. Car, après tout, pourquoi consacrer autant d’argent à des « non valeurs sociales » qu’on ne pouvait pas guérir ? Pourquoi un hôpital ? Pourquoi ne pas plutôt les garder dans de simples institutions fermées, à moindre coût ? Inversement, quand on décida de privilégier l’ambulatoire en psychiatrie, il parut évident qu’il fallait réduire le plus possible le nombre de lits... du moins est-ce alors ce qu’ont pensé la plupart des acteur.es de la santé, mais pas tou.tes. Car, en vidant les services psychiatriques, ne risquait-on pas de condamner certain.es patient.es à l’isolement social ou, pire, à la clochardisation ? Dans ce cas, valait-il vraiment mieux terminer à la rue plutôt qu’à l’hôpital ? Et qui, de plus, occupait les derniers lits des établissements psychiatriques ? Était-ce bien des personnes hospitalisées pour des séjours courts et très ponctuels, comme la politique du tout ambulatoire le prévoyait ? Ou bien plutôt des habitué.es, qui s’y retrouvaient à intervalles réguliers ? Autrement dit, à trop vouloir désinstitutionnaliser, ne forçait-on pas certain.es malades à une forme d’errance thérapeutique, faite d’une multiplication d’entrées et de sorties, au final moins efficace et plus coûteuse que l’hospitalisation longue dont ils ou elles auraient eu besoin ?

Et encore, ceci n’est qu’un aperçu des questions qui ont été posées ! Mais, pour résumer, depuis le 19^e siècle discuter du nombre de lits a été une constante en psychiatrie. Or personne n’a jamais été satisfait de leur quantité à disposition. C’est « toujours trop » ou ce n’est « jamais assez », sans, peut-être, qu’on ait suffisamment interrogé cette obsession comptable ou qu’on se soit demandé si l’arithmétique du lit était un moyen adapté pour juger de l’efficacité des politiques de santé mentale. Quoi qu’il en soit, la psychiatrie vaudoise n’a pas échappé à cette hantise du calcul des lits.

Les reconfigurations des années 1960

Comme on l’a vu, ce qu’il est convenu d’appeler la « dotation en lits » était déjà une pomme de discorde au temps où Cery était un « asile d’aliénés ». Les termes du débat se sont toutefois notoirement modifiés dans les années 1960 et, dans la mesure où notre époque contemporaine en hérite largement, c’est sur cette période que nous insisterons. Même si des réformes avaient déjà débuté auparavant, c’est en 1966 que l’État vaudois rompit officiellement avec la politique de l’internement asilaire et opta pour une nouvelle forme d’organisation des soins psychiatriques basée sur la « sectorisation » (*voir « Cery, une institution au coeur de multiples reconfigurations » p. 27*). Si, ailleurs, cette politique ne se traduit pas toujours par une vraie désinstitutionnalisation (en France voisine, par exemple, la sectorisation entraîna même initialement une augmentation du nombre de lits)⁶⁴, ce fut bien le cas dans le canton de Vaud. La taille de l’hôpital de Cery diminua drastiquement, passant de près de 800 lits en 1960 à 220 au début des années 1980. Cette réduction fut justifiée par des durées de séjour raccourcies. Les longs séjours asilaires (qui se concluaient fréquemment par des placements à vie) cédèrent la place à des hospitalisations nettement plus courtes, facilitées, entre autres, par l’introduction des médicaments psychotropes, mais aussi par le développement d’un ensemble de structures médico-sociales permettant d’encadrer « hors les murs » des personnes qui auraient naguère été hospitalisées. Ce virage ambulatoire s’accompagna ainsi de la constitution d’un réseau d’hébergements dans la ville et d’équipes professionnelles formées à suivre les patient.es en dehors du cadre hospitalier.

Dans ce nouveau modèle, qu’entendait-on par « lit d’hôpital » par opposition à d’autres types d’hébergement ? Un lit qui pouvait être mobilisé 24 heures sur 24, en structure hospitalière, pour être mis à la disposition d’un malade. Cette précision est importante. Car c’est toujours à partir de cette notion de « disposition continue » qu’on définit aujourd’hui le nombre de lits présents dans les services.

Même si, dans l’ensemble, les professionnel.les de santé accueillirent favorablement ces changements, certains manifestèrent cependant un certain scepticisme sur la viabilité de la déshospitalisation. Alors qu’il venait d’être chargé de l’épineuse tâche de la « gestion des flux » des patient.es dans le nouveau cadre de la sectorisation, le directeur de Cery, Christian Müller, indiquait par exemple dès 1963 qu’il ne croyait pas à la réduction du nombre de lits :

On peut se demander avec raison si des traitements plus intenses, le développement des polycliniques, des placements familiaux, en un mot toute l’organisation psychiatrique extra-hospitalière ne pourrait pas (...) amener à une diminution du nombre de lits nécessaires. (...) Je ne le crois pas et il me semble que le canton de Vaud en est un exemple typique. En effet, le fait que beaucoup de malades peuvent sortir plus rapidement de l’hôpital, et que d’autres ont la possibilité d’être soignés ambulairement sans même avoir besoin d’être hospitalisés, est contrebalancé par le fait que le nombre d’admissions augmente de façon vertigineuse dans tous les hôpitaux psychiatriques, et tout particulièrement chez nous.



Asile de Cery, chambre avant démolition. Ces dortoirs impersonnels et insalubres ne répondant plus aux exigences médicales et aux souhaits des patient.es ont été détruits en 1970.



Cery, Nouvelle clinique, chambre de la division Érable, 2013.

64 Guillemain/Klein/Thifault 2018.

Et aujourd’hui ?

Soixante ans plus tard, ces questionnements restent d’actualité. Les dernières décennies ont vu se développer une psychiatrie de plus en plus « communautaire », caractérisée par la mise en place d’équipes mobiles, intervenant au domicile ou en liaison avec des structures d’accueil « de ville ». Au 21^e siècle, le nombre de lits psychiatriques par habitant.e du Canton de Vaud a dès lors continué à baisser. Si cette décroissance est bien plus progressive que la réduction massive des années 1960 – 1970, elle n’en demeure pas moins un objet de débat : en psychiatrie, faut-il augmenter le nombre de lits hospitaliers ou se concentrer plutôt sur une optimisation du réseau et des structures ambulatoires ?

La psychiatrie communautaire reconfigure en effet le rôle de l’hôpital : celui-ci est désormais le maillon d’une chaîne de soins complexe, qui se déroule en majeure partie hors de ses murs. Les durées de séjour y sont relativement courtes, dévolues à des soins envisagés comme aigus. Malgré tout, l’activité de l’hôpital psychiatrique reste intense et les hospitalisations sont loin de diminuer. Les lits hospitaliers, moins nombreux, sont régulièrement saturés, ce qui péjore le séjour des patient.es et le travail des professionnel.les. Dans ce contexte, certain.es soignant.es militent donc pour leur augmentation, tandis que d’autres insistent pour que davantage de moyens soient investis dans les alternatives à l’hospitalisation.

À ces différences de postures viennent s’ajouter des problématiques concrètes qui complexifient encore les enjeux relatifs à la « gestion des flux » de patient.es. On peut citer, par exemple, la distinction de facturation entre les « lits A », considérés comme des lits *d’hospitalisation*, et les « lits C », décrits comme des lits de *réhabilitation*. Des lits A et C peuvent se trouver au sein d’un même hôpital, dans deux unités différentes, sans que leur tarification soit identique, ce qui complique passablement les calculs de remboursement. Par ailleurs, il n’est pas toujours évident de savoir si un.e patient.e est prêt.e à passer d’un lit A à C, alors que cette transition aura des répercussions budgétaires notables. On mentionnera aussi les difficultés liées au transfert et au transport des patient.es, que ce soit vers un autre hôpital psychiatrique lorsqu’un établissement est plein ou vers un établissement psychosocial médicalisé au terme d’une hospitalisation : comment garantir que des lits soient disponibles dans les différentes structures, qu’elles soient hospitalières ou ambulatoires, tout au long de la prise en charge ?

Depuis une quinzaine d’années, les réflexions et les initiatives abondent pour faire face à la sous-dotation en lits : mise en place de groupes de travail, ajouts de quelques unités dans les hôpitaux publics et de lits dits publics dans le privé (à la Métairie notamment), tentatives d’harmonisation des durées moyennes de séjour entre les hôpitaux ou encore création de nouveaux postes pour éviter les engorgements et faciliter la « gestion des flux », comme le poste d’infirmier.e orienteur.se. Trois fois par jour, des appels téléphoniques ont lieu entre les orienteur.ses des différents secteurs pour se tenir informé.es de la situation d’occupation de chaque hôpital et décider

d’éventuels transferts. Un tableau de bord de « suivi des lits » est également actualisé toutes les heures, comme l’explique Nourredine Rar, infirmier responsable logistique des soins à Cery :

Les infirmiers orienteurs de chaque secteur s’appellent tous les jours (...) une fois à 9h30, une fois à 13h30 et une fois à 16h30. À 9h30, chaque orienteur informe de la situation de son établissement par rapport aux lits occupés : est-ce qu’il y a de la place ou non ? si oui, combien de places sont disponibles ? (...) On sait, par exemple, qu’il reste 2 places à Prangins, 3 à Yverdon, et 0 au centre et à Nant. Cela nous permet aussi de savoir quelles sont les sorties du jour et d’organiser les hospitalisations en conséquence. Les infirmiers orienteurs ont repris des fonctions qui étaient traditionnellement dévolues aux médecins de garde.

Le lit : un objet symbolique, aux multiples usages

Un instrument de surveillance

Unité de mesure, le lit est aussi un objet bien tangible, auquel on a assigné de multiples rôles en psychiatrie, à commencer par celui d’instrument de contrôle. Jusqu’à la fin des années 1960, la majorité des malades de Cery dormaient ainsi dans des dortoirs collectifs. Soit des infirmier.es y effectuaient des rondes, soit ils comportaient un bureau vitré, permettant au personnel d’observer les patient.es. L’intimité était limitée et le sommeil surveillé, pour des raisons de sécurité (éviter les contacts sexuels, les évasions ou les suicides), mais aussi de suivi comportemental. Jusqu’aux années 1960, la capacité à aller dans son lit et à en sortir à des heures imposées fut en effet considérée comme un indice crucial pour juger du degré d’obéissance et « d’autocritique » des patient.es et, partant de là, de la possibilité de les « retourner » un jour (ou pas) à la vie extérieure. Tout individu qui demeurerait trop longtemps au lit ou qui, au contraire, refusait de se coucher, risquait de se voir qualifier « d’agité » et/ou de « difficile ». Or, dans les quartiers réservés à ces catégories de populations, les lits ne ressemblaient pas à ceux des patient.es réputé.es « tranquilles » : ce n’étaient pas des lits standards. S’il n’y a, semble-t-il, jamais eu de « lits-cages » à Cery, l’utilisation de lits munis de sangles permettant de forcer une personne à rester couchée y est attestée du 19^e siècle jusqu’aux années 2000. À l’heure actuelle, seul.es les patient.es qui présentent un risque de comportement agressif pour elles/eux-mêmes ou autrui sont en principe surveillé.es pendant leur sommeil, dans des espaces dits « de soins intensifs ». Généralement, ces espaces sont des chambres individuelles fermées et sécurisées dans lesquelles le mobilier est réduit et fabriqué avec du matériel mou, pour éviter de potentiels accidents, tels que l’atteinte aux meubles ou aux murs de la chambre, mais aussi, dans de plus rares cas, la mise en danger de la vie des patient.es. Dans ces chambres, appelées communément « chambres d’isolement », les soignant.es passent plusieurs fois par heure pour vérifier l’état de la personne qui s’y trouve. Le Nouvel Hôpital de

Cery ne comporte plus de chambres individuelles de ce type, mais des espaces sécurisés composés de plusieurs pièces, dont des sanitaires et un salon, lesquels sont constamment surveillés par des soignant.es qui demeurent à l’intérieur de l’espace en question.

Contrairement à ce qui est la règle dans les hôpitaux somatiques depuis le 19^e siècle (notamment pour faciliter la visite du médecin-chef), à Cery les lits n’arboraient pas de fiches pour surveiller le suivi des malades. Jusque dans les années 1980, voire au-delà dans certains services, on estima en effet qu’il n’était pas dans l’intérêt des patient.es hospitalisé.es en psychiatrie de connaître leur diagnostic, de peur que cela les angoisse ou les conduise à questionner les médecins. Aussi le personnel gardait-il ses notes sous clé. À l’inverse, jusqu’aux années 1950, le personnel de Cery s’est intéressé à un aspect qui attirait ailleurs moins l’attention dans les hôpitaux généraux : les draps. Des draps fréquemment souillés entraînaient le transfert des personnes concernées dans le quartier dit des « gâteaux » où, pour éviter d’avoir à les changer, on les installait en journée sur des « chaises percées » (c’est-à-dire ouvertes sur des pots de chambre) et la nuit dans des literies plastifiées. Certain.es soignant.es estimant également que se masturber à outrance était amoral et pouvait être un facteur d’altération mentale, les hommes dont les draps présentaient trop souvent des tâches suspectes ont aussi été soumis à des dispositifs divers pour contenir leurs ardeurs : des sangles, des ceintures anti-masturbatoires, ou, plus simplement, un bordage étroit.

Un dispositif thérapeutique

Outre leur utilisation à des fins de surveillance, les lits ont également servi à administrer des traitements. Puisque c’est le lieu où l’on passe, en principe, surtout du temps à dormir, l’évolution des usages thérapeutiques du lit est corrélée à la façon dont on a perçu les rapports entre sommeil et santé mentale. Du 19^e siècle aux années 1950, l’opinion dominante a plutôt été celle de l’intérêt de plonger certain.es patient.es dans un long sommeil, censé pouvoir « calmer » leurs esprits et restaurer l’équilibre de leurs systèmes nerveux « surexcités ». Les sources ne paraissent pas montrer que la *rest-cure* dans sa version 19^e siècle ait été beaucoup utilisée à Cery (il s’agissait de forcer des malades, surtout des femmes, à rester alitées pendant des semaines, dans l’idée que la folie découlait d’une fatigue de leur « cerveau inférieur »). En revanche, elles dévoilent que la cure de Sakel y a été pratiquée dès 1929 (*voir « Développer la recherche à Cery : orientations et structures » p. 111*). En dehors de ceux des « gâteaux » ou des « agités », jusque-là, les lits de Cery ne différaient pas de ceux d’un quelconque internat. Beaucoup d’entre eux étaient d’ailleurs conçus sur place, par des patients. L’engouement pour la cure de Sakel inaugura un tournant vers une certaine technicisation. À partir des années 1930, Cery disposa de lits médicalisés de pointe, achetés auprès de fabricants spécialisés, qui comportaient des accessoires classiques pour un hôpital standard, mais jusqu’ici peu courants dans le milieu psychiatrique, tels qu’une charte permettant de suivre l’évolution du taux de glucose ou un bras articulé pour le goutte-à-goutte.

Si la méthode de Sakel, dangereuse, fut peu à peu abandonnée après la guerre, l’intérêt pour le sommeil ne quitta pas pour autant Cery. Les années 1960 introduisirent toutefois une modification notable dans la façon d’envisager les liens entre alitement et traitement. En posant que les lits devaient être occupés le moins longtemps possible, la politique de la désinstitutionnalisation rendit en effet délicat de préconiser de longues périodes d’alitement. L’intérêt pour le sommeil *prolongé* céda dès lors la place à l’attention pour le sommeil de *qualité*. Entre autres tentatives, à la fin des années 1960, on administra ainsi du LSD à des malades, l’un des buts escomptés étant que cette substance améliore leur sommeil et le contenu de leurs rêves (les résultats furent contradictoires). De même, l’hôpital de Cery fit un temps usage d’une machine qui se serait appelée « Somnilon » (son nom et sa date d’acquisition précise ne sont pas clarifiés, en revanche des sources et des témoignages fiables indiquent qu’elle fut au moins utilisée dans les années 1980). Basée sur le principe de « l’isolement sensoriel », celle-ci était censée susciter rapidement une relaxation et/ou un sommeil profond et réparateur. Quoi qu’il en soit de son efficacité, c’est en tous cas sans doute la technologie de lit la plus originale et la plus futuriste que Cery ait possédée. Dans les années 1990 – 2000, des soignant.es allèrent même jusqu’à préconiser l’abandon du lit pour certain.es patient.es, jugeant qu’il valait mieux parfois ne pas dormir du tout que dormir mal. Ils recommandèrent alors de réduire de façon drastique (mais provisoire) le temps de sommeil dans certains cas de crise psychotique, considérant que l’état physique induit pouvait réduire la durée et l’intensité des épisodes. En cinquante ans, le changement de point de vue avait donc été radical. Dans les années 1940, on s’efforçait de mettre les malades aigus le plus longtemps possible au lit, en provoquant des états comateux ; un demi-siècle après, il s’agissait au contraire de les empêcher de s’y coucher.

Un lieu de socialisation

Les sources, déjà peu disertes sur la façon dont les soignant.es ont investi le lit, sont encore moins prolixes sur l’avis que les principaux concernés – les patient.es – ont eu sur cet objet. Quelques photographies, dessins ou écrits, montrent toutefois que les résident.es de Cery ont toujours cherché à personnaliser leurs couchages. Au 19^e siècle, le personnel devait, en principe, réprimer ces efforts, l’uniformité de l’asile étant supposée rétablir un peu d’ordre dans les esprits « dérangés ». Les illustrations officielles de la période soulignent dès lors la standardisation des dortoirs, même si d’autres documents suggèrent que les malades y gardaient des effets personnels. Cette politique s’est ensuite adoucie. Les photographies et les dessins de l’entre-deux-guerres révèlent ainsi la présence de divers ornements sur le dessus et à la tête des lits : des coussins brodés, des croix, des peintures, etc. C’est cependant dans les années 1960 à 1980 que cette personnalisation atteint son apogée : l’ambition de la désinstitutionnalisation n’était pas seulement de réduire la taille des hôpitaux psychiatriques, elle était aussi de changer leur perception. Or, pour aider à ce



Lit utilisé pour une recherche sur l'impact de la stimulation magnétique transcranienne répétitive, 2020.

qu'ils soient vus comme des établissements de soins et non plus comme des « bagnes de fous », il parut pertinent de permettre aux patient.es de se les approprier davantage. De plus, la réduction du nombre d'hospitalisé.es permit de remplacer les dortoirs par des chambres, d'abord collectives, puis, dans certains cas, individuelles, ce qui suscita également des formes nouvelles d'intimité et de socialisation. Au 19^e siècle, les dortoirs étaient destinés à dormir. Les patient.es y passaient peu de temps : les discussions et les liens d'amitié se développaient ailleurs, dans les espaces d'activités partagées. La généralisation des chambres au cours des années 1970 changea cette dynamique spatiale. Dorénavant, on pouvait passer du temps dans sa chambre et, sous conditions, y recevoir d'autres patient.es ou des personnes extérieures. D'où une envie accrue de les décorer avec des affiches, des peluches, des photos... pour soi et pour les autres. Dans cette configuration, le lit ne servait plus seulement à dormir, on s'y installait pour lire, réfléchir, ou échanger avec des partenaires de chambre ou des invité.es. Selon les dires des soignant.es, la décoration des chambres prend ainsi des formes particulièrement personnalisées et originales lorsque les patient.es restent hospitalisé.es pendant une longue période.

Ce qui amène à se demander : le lit a-t-il aussi été utilisé à des fins amoureuses et/ou sexuelles en psychiatrie ? Il faut savoir que cette autre fonction sociale traditionnelle du lit a longtemps été un point aveugle du discours sur l'institution. Au temps de l'asile, la sexualité entre patient.es était sévèrement réprimée. Pour le garantir et pour éviter, notamment, les grossesses, les hommes et les femmes étaient interné.es dans des quartiers censés être strictement séparés. Censés, car il n'y a en réalité jamais eu d'étanchéité complète entre les patients et les patientes : ils et elles pouvaient se rencontrer de façon autorisée lors des travaux des champs, des fêtes, etc., et ils et elles poursuivaient parfois leurs échanges de façon clandestine, en trompant la surveillance. De plus, les règles asilaires ne tenaient pas compte des attirances homosexuelles. Pourtant, à Cery comme ailleurs, ces relations ont existé, comme en témoignent des écrits de patient.es, mais également des mentions de punition pour actes « contre-nature » dans les archives hospitalières. Tout ceci se déroulait au demeurant dans la clandestinité et, s'il y eut sans nul doute des ébats à Cery, ils se passèrent probablement plutôt dans des endroits abrités du regard que dans des lits de dortoirs.

Les changements institutionnels amorcés au tournant des années 1970 (la généralisation des chambres, l'ouverture aux personnes extérieures, l'introduction de la mixité dans la plupart des quartiers, etc.) s'accompagnèrent d'une plus grande tolérance envers les liaisons amoureuses. Il est toutefois resté interdit d'avoir des relations sexuelles dans les chambres, même si le personnel infirmier a, en pratique, pu détourner le regard. À l'heure actuelle, que ce soit d'ailleurs dans les hôpitaux psychiatriques ou somatiques, le fait d'autoriser (ou pas) les patient.es à avoir une sexualité est l'objet de débats. Sur le site de Cery, la brochure d'accueil stipule que les relations sexuelles dans un contexte où les personnes peuvent manquer de discernement constitue un abus de détresse, au même titre que les transactions d'argent, les signatures de contrat ou la mise à disposition de drogues. Toutefois, malgré cette interdiction, les soignant.es distribuent régulièrement des préservatifs aux patient.es.

Ainsi, les hôpitaux accueillant des personnes en état de vulnérabilité, il a longtemps paru évident qu'il fallait par principe y prohiber les rapports sexuels, pour empêcher les abus ou, plus simplement, les complications médicales. Plusieurs éléments invitent cependant aujourd'hui à revisiter cet axiome. Les réclamations de patient.es, d'abord, qui sont souvent mécontent.es de cette règle, surtout en cas d'hospitalisation prolongée. Les résultats de la science, ensuite, puisque diverses études ont prouvé qu'une sexualité épanouie avait un impact bénéfique sur la santé physique et mentale, au point que le pronostic de certaines pathologies puisse s'en trouver significativement amélioré.

Conclusion

Il y aurait, bien sûr, matière à poursuivre cette étude pour examiner de façon plus approfondie le rôle que les objets ont tenu à l'hôpital de Cery. Nous espérons donc simplement ici avoir montré combien la vie d'un seul objet, le lit, est un prisme révélateur, qui permet d'aborder l'histoire de la psychiatrie sous un autre jour et d'éclairer aussi certains de ses angles morts – la place de la sexualité dans les hôpitaux, par exemple. L'architecture des nouveaux bâtiments de Cery changera-t-elle la destinée des objets ? À première vue, elle est peu propice aux appropriations. La blancheur et l'agencement des volumes évoquent un espace transitoire et aérien, qui reflète bien l'idée que, en psychiatrie, l'hospitalisation se conçoit aujourd'hui comme une modalité temporaire. Il suffit néanmoins de se promener dans les couloirs, de visiter quelques chambres, et de voir quelques lits, pour s'apercevoir que l'habitude résiste : les décorations personnelles sont déjà nombreuses et elles se multiplient tous les jours. Cery est et demeure un lieu habité, au plus fort sens du terme.



Asile de Cery, chambre de femmes, circa 1900.

Couverture du journal des pensionnaires *La Licorne*, 1966.



Par Mikhaël Moreau

Le journal des pensionnaires *La Licorne* et l’expérience des « Groupes de représentants des divisions »

Il n’en reste pas moins (...), il est important que les liens se créent ou se resserrent par la parole imprimée. (...) J’espère qu’il s’y créera une tribune libre où chacun pourra exprimer ce qu’il a sur le cœur. (...) Abondez donc en critiques et en propositions de rénovations, mais pensez un peu aussi à la direction qui est soulagée lorsque vous lui dites que vous êtes contents de quelque chose !⁶⁵

65 Müller 1963, 1.

En 1963 paraît le premier numéro du journal des pensionnaires de Cery, *La Licorne*, qui sera publié selon un rythme inégal jusqu’en 1972. Cette réalisation se couple avec deux autres expériences lancées au même moment à Cery : l’ouverture du Dactyl-office, entre autres chargé de produire et diffuser le journal, et la création des « Groupes de représentants des divisions » à l’initiative du D^r Calanca. Ces groupes sont coordonnés par un « Comité central » également composé de malades, présidé par la bibliothécaire Noëlle Henry et dont les statuts ainsi que les procès-verbaux de colloques sont publiés dans *La Licorne*.

Que les patient.es psychiatriques produisent des journaux où ils s’expriment n’est pas une nouveauté. Il a existé des revues asilaires dès le 19^e siècle, en particulier en Grande-Bretagne. Mais ce n’est toutefois que dans les années 1960 que ce phénomène se généralise. Si un patient de Cery a ainsi déjà pu publier un témoignage public sur son expérience en 1905 (*voir « Écrire à l’asile sur l’asile : l’exploit de Marc Christin » p. 91*), l’établissement prilléran n’avait a priori jamais promu la publication d’un journal collectif avant *La Licorne*. Alors que Basaglia – avec lequel échange d’ailleurs Müller⁶⁶ – établit en Italie les fondements de la psychiatrie démocratique, se développe en Europe un mouvement visant à valoriser le point de vue des patient.es. En témoigne en Romandie la formation des groupes de représentant.es non seulement à Cery, mais aussi, par exemple, à la Clinique Bel-Air à Genève, où un « Comité central des groupes de pensionnaires » est aussi fondé avant 1967. Dans ce contexte, à Cery le journal *La Licorne* se veut une tribune pour les patient.es, comme le stipulent les statuts de la revue établis par le comité de rédaction avec l’aval de la direction : « *La Licorne* est le journal des pensionnaires de Cery, écrit par eux et pour eux ».

Les patient.es sont invité.es à y présenter leurs loisirs et leurs occupations, les différents ateliers, courses et séjours auxquels ils et elles participent ; ils et elles y publient des comptes-rendus de livres, de films visionnés au ciné-club de l’hôpital, sur les célébrations de Noël, Pâques, la fête des cerises, les bals, thés dansants et autres sorties au Cirque Knie organisées avec le concours

66 Ferreira/Maugué/Maulini 2020.

du personnel, des soignant.es, aumôniers et familles de médecins auquel.les sont fréquemment adressés des remerciements. Financée par l'hôpital, reproduite à près de 200 exemplaires et diffusée dans tout l'établissement ainsi que dans d'autres institutions (foyers protégés, Fondation de Nant, cliniques Bellevue, Préfargier et Bel-Air), des cabinets privés, auprès de particuliers et jusqu'en Italie, au Dispensari d'Igreiene e Profilassi Mentale de Modène et à l'Ospedale Psichiatrico de Gênes, *La Licorne* se profile aussi comme une vitrine pour l'hôpital.

Mais le journal reste d'abord et avant tout un espace d'expression. Inscrit, en parallèle d'autres activités artistiques à valeur thérapeutique introduites au même moment à Cery, il recèle nombre d'œuvres des participant.es des ateliers de Bader – dessins, scripts pour des films –, des poèmes, nouvelles, feuilletons et autres petites blagues. Certain.es patient.es y philosophent sur l'art ou la littérature. D'autres partagent leurs expériences personnelles, leurs perceptions et leurs réflexions sur leur situation, expriment leur détresse ou leur reconnaissance et y adressent des messages d'espoir.

En ce sens, *La Licorne* apparaît en médium du lien social. À ce titre, il doit être le plus inclusif possible. Aussi Müller demande-t-il en 1967 à Henry de « tout faire pour stimuler aussi les autres pensionnaires à écrire dans la Licorne pour qu'elle reflète vraiment la vie de tout l'hôpital et ne soit pas seulement le journal de quelques pensionnaires ». De même qu'au pasteur Pasche « de faire une propagande active dans les divisions pour qu'un plus grand nombre de pensionnaires prennent la plume et écrivent dans *La Licorne*. »⁶⁷

Le déménagement en 1972 de la bibliothèque dans le nouveau centre social, et le manque de disponibilité de la bibliothécaire, qui porta pendant près de dix ans la réalisation de la revue, mais connaîtrait désormais des soucis de santé, sonne toutefois le glas du journal qui cesse alors d'être édité. Sans que l'on puisse dire si les groupes de représentant.es se maintiennent, ils sont en tous cas dès lors dépourvus de support où publier les procès-verbaux de leurs réunions.



Présentation de l'atelier de cinéma par un usager.
La Licorne, avril 1966.

67 ACV SB 258 A1/16/10
La Licorne, lettre du 14
novembre 1967.



DE LA DIVISION AU PELAGE .

Que de travail nous faisons dans notre pelage ! Et dire que c'est pour tout l'Hôpital que nous épluchons du matin au soir des légumes : pommes de terre, poires, carottes,céleris et tant d'autres légumes.

Tout le monde s'entend bien, jeunes et vieux. Il y règne une ambiance du tonnerre.

Notre bonne humeur est soutenue par le cuisinier qui nous récompense toujours de notre travail.

Nous sommes bien chauffées, bien traitées, grâce à Madame Haymoz.

Avis aux gourmands : si vous aimez les bons desserts, venez travailler au pelage. Toutes ces attentions nous mettent le coeur en joie.

Mme Badan, lère div. P., Marlène, Annexe P.

Le Dactyl-Office de l'hôpital de Cery

C'est dans l'ancien bâtiment, en face de la cuisine, à côté du cartonnage des hommes, que se trouve le dactyl-office. Il a été longtemps dans une chambre de la "Campanule", mais on a eu besoin de cette chambre pour faire dormir des pensionnaires, si bien que, l'hiver dernier, nous avons emménagé notre bureau au lieu où il est maintenant.

Nous y travaillons, en principe, de 9 heures à 11 heures et de 14 à 16 heures, du lundi au vendredi. Quoique la directrice soit absente le mercredi après-midi et le samedi matin et que la plupart des pensionnaires aient congé ces heures-là, deux d'entre elles ont eu longtemps la permission de venir travailler seules. Cette autorisation leur a été retirée récemment.

On fait plusieurs travaux au dactyl-office. On tape des textes médicaux (très difficiles à comprendre et par là même à taper rapidement et sans faute), des stencils destinés à différents usages, diverses copies à un ou plusieurs exemplaires, ce qui nous initie à l'art d'utiliser les papiers carbone Nous avons une machine à ronéotyper. Seule la directrice et un pensionnaire savent s'en servir.

Les assistantes sociales nous donnent bien des lettres à faire. Nous nous occupons également du journal de l'Hôpital et de l'Ecole et de celui des pensionnaires. Ils sont tapés, tirés, assemblés et agrafés chez nous. La Société Vaudoise d'Hygiène Mentale nous donne également beaucoup de travail.

A 10 heures et à 15 heures, nous faisons du thé. Quelquefois il est accompagné de biscuits.

Nous avons la chance, au dactyl-office, d'avoir toujours de gentilles directrices. Nous aimons beaucoup y venir.

Blanche Descheneaux.

Par Marco Cicchini

Écrire à l'asile sur l'asile :
l'exploit de Marc Christin

Au début du 20^e siècle, qu'un écrivain exerce son talent durant un séjour à l'asile n'est pas inédit. Il suffit de penser à Gérard de Nerval (1808 – 1855) qui rédige notamment *Aurélia* (1855) dans la maison du docteur Blanche, révélant ainsi son état clinique, ses délires, ou plutôt son « rêve »⁶⁸. Le geste de Marc Christin est cependant tout autre. Interné à Cery en 1902 pour cause de « psychopathologie constitutionnelle », l'écrivain vaudois écrit sur la vie quotidienne à l'asile telle qu'il l'observe de l'intérieur. En 1905, sous le pseudonyme de Francis Lemuel, il publie *Les évincés. Pages vécues*, un « livre sensationnel » selon les mots de l'éditeur lausannois qui en fait alors la promotion⁶⁹. À n'en pas douter, à plus de cent ans de distance, ce récit exceptionnel documente l'organisation de l'institution psychiatrique, ses rouages intimes, ses ambitions et ses limites⁷⁰.

Préfacé par le directeur de Cery d'alors, Albert Mahaim, qui atteste la véracité du propos, le livre adopte pourtant les codes de la fiction, brouillant les frontières entre l'expérience vécue et l'imagination. L'action se déroule à l'asile de Trênes. Tous les noms de lieux et les patronymes sont fictifs. Sans être à proprement parler un roman à clé, plusieurs personnages incarnent des individus réellement rencontrés à Cery, comme le directeur Grégeois (Mahaim) ou le D^r Lhomme, qui campe malicieusement le véritable Charles Ladame (1871 – 1949), alors simple médecin-assistant, mais qui deviendra un célèbre psychiatre suisse, l'un des premiers à s'intéresser à la production artistique de ses malades. Le narrateur omniscient, qui s'exprime à la troisième personne, pose sur l'asile le regard surplombant de l'observateur. En 21 chapitres, il décrit les lieux, présente quelques figures professionnelles remarquables – des infirmiers au directeur –, sans négliger de portraiturer une dizaine de patients représentatifs de la diversité des psychopathologies qui y sont alors traitées. Le récit s'attarde également sur les aspirations de la psychiatrie, notamment sur le rôle qu'elle entend jouer dans la sphère pénale. Un chapitre entier est consacré aux écrits délirants et aux dessins des fous, dont plusieurs sont reproduits en pleine page, en écho aux tendances psychiatriques du moment. Cette même année 1905, le psychiatre français Joseph Rogues de Fursac (1872 – 1941) ne public-t-il pas un livre important sur la production graphique des fous⁷¹ ?

Le Dactyl-office selon une usagère.
La Licorne, avril 1965.

68 Murat 2001, 99 – 132.

69 Lemuel 2024.

70 Cicchini 2022.

71 Rogues de Fursac 1905.

[illegible]

vis, parti ou non, Monsieur, gentil. Je grépaire une évadon collée. Monsieur, collée, enroule-t-on ? Une évadon qui s'effeuille le monde. L'autant n'est pas le premier vent, Monsieur. Oui, une évadon qui s'effeuille le monde. Rien de petit, rien de mesquin, non, de minime ni mesquin point. Bonjour, Monsieur.

— Et le petit homme s'en est allé, fagoté du pied, se grattant l'oreille et n'ayant les bras. En passant, m'a dit Gaspard, cet ex-convaincu devint, le jour durant, des pages absolument incohérentes ; la dissociation était si absolue en ce cerveau malade qu'il passait d'un sujet à un autre tout à fait différent sans s'en apercevoir, se rattachant au dernier mot de sa dernière phrase, puisant, insensiblement et par une pente presque naturelle, de l'Élysée aux pompes à feu et des pompes à feu à l'exergue biblique. Il suffisait qu'un terme de la proposition suscitât une pensée nouvelle pour qu'il la développât aussitôt. Lorsqu'il abandonna la « littérature » ce fut par le dessin que ses dissociations prirent consistance. D'indiscernables créations, quelque chose comme une cartographie acoustique, bathylique ; d'indéchiffrables ribans. Aujourd'hui, le malheureux est même incapable d'un bel effort. Ses derniers dessins n'ont aucune signification quelconque. Ce sont

À droite, un extrait de scène de vie asilaire, illustrant la variété des personnes qu'il sert à « évincer » (ici un vieil homme) .

This image shows a page from the Voynich manuscript, featuring dense handwritten text in Voynich script and a large, intricate drawing of a plant or landscape. The text is written in a dark ink on aged, slightly discolored paper. The drawing is a detailed illustration of a plant with many small, round, leaf-like structures, possibly a type of seaweed or a small tree. The overall appearance is that of a historical document, likely a botanical or natural history record.

Loin d'être un brûlot antipsychiatrique, *Les évincés* résulte d'un pacte thérapeutique entre le Dr Mahaim et le patient-écrivain. Adeptes de la thérapie par le travail, le médecin encourage le malade à écrire et à vendre ses textes littéraires ou journalistiques, tous parfaitement lucides, de manière à gagner son autonomie financière. Christin est un faussaire invétéré qui a déjà connu maintes condamnations pénales en Suisse et même en France avant d'entrer à l'asile. Incapable d'économiser ses revenus, l'homme de lettres se transforme en escroc patenté au moindre signe d'impécuniosité. C'est la répétition irrépressible de ses actes délictueux qui conduit à son internement psychiatrique. Expert mandaté par la justice vaudoise à plusieurs reprises dès 1902, Mahaim diagnostique non seulement la « psychopathie constitutionnelle » mais découvre avec ce patient peu banal un cas clinique exemplaire⁷².

93

Andreas Steck

Une enfance à Cery.
Mes souvenirs et ceux de ma mère, Éva Steck née Dürrenmatt

73 Steck-Dürrenmatt 1992.
Durant notre entretien,
Andreas Steck nous a lu
des passages de ce texte,
que nous reproduisons ici.

Pour situer un peu la situation, quand même exceptionnelle, telle que je l’ai vécue à Cery, j’aimerais revenir sur ce qu’a écrit ma mère dans la biographie de mon père, dont elle a achevé l’écriture⁷³.
Ma mère était une Dürrenmatt, cousine de l’écrivain Friedrich Dürrenmatt (1921-1990) et fille de Hug Dürrenmatt (1876-1957), conseiller d’État du canton de Berne. Elle avait deux frères qui ont fait des carrières brillantes. L’un, Konrad a été directeur chez Nestlé, l’autre, Peter, conseiller national et rédacteur en chef de la *Basler Nachrichten*. Mais à l’époque, les femmes n’étudiaient que rarement. Elle a



L’équipe de Henri Preisig, circa 1931. Eva Dürrenmatt, la première assistante sociale de Cery, au premier rang à gauche, entre Hans Steck (à gauche) et Henri Preisig (au centre), figure parmi les rares femmes employées à Cery qui revêtent la blouse blanche.

donc fait une école ménagère à Montmirail, dont elle est sortie diplômée en 1925, puis une école sociale pour femmes à Zurich. Elle a été la première assistante sociale de Cery, où elle arrive en 1931. Elle écrit :

C’était mon premier poste et j’avais 22 ans. Je devais développer le placement familial de malades chroniques en pension ou demi-pension, ou leur trouver un travail adéquat. J’étais interne à Cery, c’était la condition de mon engagement. À cette époque, une grande partie du personnel était interne, entre autres les médecins-assistants et l’unique secrétaire, avec laquelle je partageais les repas.

Mon père était alors second médecin de Cery et était marié avec sa première femme, dont il a eu trois filles, mes demi-sœurs. Ma mère est restée à Cery jusqu’en 1934 puis est retournée chez ses parents dans le canton de Berne où elle a travaillé comme assistante sociale pour Pro Infirmis. C’est après le décès précoce de la première épouse de mon père qu’elle est revenue. Elle écrit : «je suis devenue, en octobre 1938, la deuxième femme de Hans Steck, et la belle-mère des trois filles qui m’ont reçue avec chaleur et compréhension».

Je suis né en 1942 à Lausanne. Mes parents habitaient Cery, dans un vaste appartement situé au premier étage dans la partie gauche du bâtiment des Cèdres.

Ma mère décrit :

Nous étions neuf ménages avec enfants habitant Cery, trois médecins chef [*sic*], l’administrateur, le chef de cuisine, le chef jardinier, le chef des machines, deux concierges, le fermier, les assistants-médecins, une partie du personnel soignant. Il y avait entre 10 et 16 enfants qui, selon les âges, formaient un clan ; ils jouissaient du grand domaine, de la ferme et des animaux.

Et mes souvenirs, c’est exactement ça ! «L’ancien Cery était un peu comme un village où on partageait beaucoup d’activités ensemble. Il y avait aussi des distractions : en hiver, le cinéma dans la grande salle (...)» J’y ai fait ma culture cinématographique en voyant des films français, des films italiens, qui étaient présentés aux malades. Nous étions assis devant, les malades étaient derrière. Et donc, il y avait une connivence. Ce qui me fait penser, quand j’ai commencé l’école primaire à Prilly – j’avais 7 ans – je suis rentré un jour à la maison et j’ai dit à ma mère – c’est elle qui m’a raconté, je n’en ai pas souvenir – : «Est-ce que c’est vrai qu’il y a des fous à Cery ?» Parce que des copains m’avaient dit : «Ah ! T’es cinglé ! Tu viens des fous !» Je n’avais jamais entendu ce mot de mes parents ni de qui que ce soit jusqu’à ce que mes camarades de classe me l’apprennent. À la maison, on parlait de malades ou de pensionnaires.



Asile de Cery. Fête des cerises, 1952.

Ma mère continue :

(...) la musique des sociétés qui venaient du dehors ou des groupes laïcs de théâtre. À Noël c'était les enfants qui animaient la scène avec des contes de fées, de la crèche, des danses. Peu à peu, il y a aussi eu un groupe formé par les malades. Il y avait deux ou trois bals pendant l'hiver, dans une salle de division, avec un orchestre venant du dehors, auquel tout le monde assistait : médecins, infirmiers, etc.

Ça aussi je m'en rappelle bien. Et au mois de juin, il y avait la fête des cerises, avec le carrousel et les stands de kermesse. La pêche miraculeuse et puis toutes sortes de trucs qu'on faisait à l'époque. La noce à Thomas, où on envoyait des balles sur des figurines. Et après, il y avait le bal qui durait jusqu'à minuit dans une vieille grange à côté de l'ancienne maison du jardinier et qu'on appelle maintenant la Petite ferme. Et ma mère ajoute : «il y avait un cortège le premier août pendant lequel un malade portait le drapeau», mais ça je ne m'en rappelle pas. Elle conclut à ce propos : «tout cela a changé, bien sûr. Il y a eu les nouveaux traitements, les séjours des

malades devenaient plus courts grâce au développement des institutions médicales et sociales dans les communes. L'asile-refuge est devenu hôpital.» Et c'est vrai que ça a changé durant mon enfance.

D'abord, il y a eu l'introduction des neuroleptiques. Mon père a commencé à prescrire de la chlorpromazine dès sa commercialisation en 1952. C'était le premier antipsychotique mis sur le marché sous le nom de ©Largactil en Europe et plus tard de ©Thorazine aux États-Unis. Or ce médicament bloquait les récepteurs dopaminergiques et comme la dopamine est la molécule qui permet le mouvement, cela engendrait des troubles de la mobilité ... C'est vrai que ce médicament était d'abord donné à très haute dose à Cery. Alors les patients devenaient des zombies. Ils marchaient lentement, à petits pas. Ils perdaient le balancement des bras et ils avaient aussi une mimique figée. Et ces patients ne pouvaient plus travailler. Dans ce sens, l'idée de camisole chimique n'est peut-être pas tout à fait fausse. J'avais dix ans, à cet âge on est très observateur, et ça m'a beaucoup marqué. Mon père a étudié ces effets extrapyramidaux, qu'il décrit dans un article en 1954, et les doses ont été diminuées⁷⁴.

Et puis, il y a eu les travaux de rénovation et la construction de la Nouvelle clinique. Quand j'étais enfant, les admissions se faisaient encore par la porte principale des Cèdres, par laquelle on entrait aussi pour aller à notre appartement. Je me rappelle encore les cris des malades qui étaient amenés, parfois par la police. Mais dans les années 1950, les Annexes pour les malades agités ont été reconstruites derrière et l'ambulance les amenait directement là-bas.

74 Steck 1954



Représentation d'une partie de « Noce à Thomas » lors d'une fête des Cerises, 1969.

Ma mère a bien décrit Cery tel que je l'ai connu enfant. « L'asile (...) avait la structure d'un couvent » :

Bâtiments formant un grand carré avec cour à l'intérieur où se trouvaient les services cuisine, buanderie, chauffage, ateliers. Une chapelle était adossée à la cuisine.

Côté sud, un grand bâtiment avec réception, bureaux, salle de conférence, auditoire et quatre beaux appartements pour le directeur-médecin, le sous-directeur, le troisième médecin et l'économe. Deux ailes à gauche et à droite pour les assistants, le personnel soignant, etc.

À l'ouest du carré se trouvaient les divisions femmes, à l'est les divisions hommes avec des dortoirs, des salles de séjour-ateliers. De longs corridors ainsi que de petits préaux donnaient un espace restreint aux malades pour bouger et prendre l'air. Mais c'était vraiment l'enfermement. Les installations sanitaires étaient anciennes, insuffisantes, insalubres.

C'était un des grands soucis pour Hans Steck et ses collaborateurs de s'attaquer à ces problèmes. Mais ce n'était pas facile, à cette époque, de sensibiliser les autorités.

Le premier contact avec le Chef du Département de l'Intérieur fut une « douche froide » : un refus catégorique. L'Hôpital cantonal avait la priorité et on avait l'impression que la ferme modèle de Cery avec élevage de chevaux passait avant les malades.

C'est ce que disait mon père et que j'avais entendu souvent, qu'on donnait de l'argent pour acheter un nouveau tracteur ou pour les cochons, mais pour les malades, rien. Cery était presque une autarcie alimentaire et c'étaient les malades qui s'occupaient du domaine, qui cultivaient les pommes de terre et travaillaient dans les cultures maraîchères. Ils payaient en quelque sorte leur pension par leur travail.



Construction du tunnel
reliant l'ancien asile à
la Nouvelle clinique,
circa 1955.

Dès son arrivée à la direction, mon père projetait des rénovations, mais ce n'est qu'après la guerre que de gros travaux ont pu être réalisés.

En 1947, il y eut un changement au Département et le nouveau chef, Gabriel Despland (1901-1983), conseiller d'État, a compris l'urgence des problèmes de Cery et soutint tous les projets élaborés par l'équipe de Cery et les architectes (...) :

- Rénovation des divisions des malades.
- Réfection des services techniques : cuisine, buanderie, ateliers. Salle à manger pour le personnel à la place de la chapelle.
- Une nouvelle chapelle œcuménique dans le beau parc aux arbres centenaires.
- Construction d'un tunnel à travers le parc, reliant la future clinique aux services techniques du vieux bâtiment.
- Construction d'un complexe hospitalier universitaire psychiatrique moderne avec auditoire, laboratoires, etc.
- Deux villas pour le directeur et l'économe de la ferme.
- Des logements pour les infirmières.

Ma mère précise que Despland, craignant un refus du Grand Conseil «vu les finances de l'État et le manque de compréhension», les projets de villa du directeur et de pavillon pour les infirmières ont été abandonnés. Ils n'ont été réalisés que plus tard par le Professeur Müller. «Ce fut une dernière lutte des médecins et des hommes politiques. Le crédit fut accepté, il y eut quelques oppositions : on trouvait cette clinique superflue, un luxe de la médecine !» Elle note ainsi que mon père «eut la satisfaction et la grande joie de pouvoir inaugurer en 1958 (deux années avant sa retraite) la nouvelle clinique, spacieuse avec centre universitaire.» Voilà un peu ce que je voulais dire sur ce qu'a écrit ma mère.

Quant à elle, elle a joué un rôle social très important, au niveau de l'hôpital, de la famille et aussi des activités de mon père. Elle n'avait aucun rôle officiel, il faut bien le dire, tout se faisait tacitement. Elle ne s'en vantait pas, c'était normal. Il n'en reste que très peu de traces écrites, mais elle a été très active. Il fallait bien sûr tenir et organiser le ménage. Nous étions quatre enfants. Nous avions une bonne comme on disait à l'époque. Elle travaillait pour mes parents et s'occupait de moi. Elle faisait vraiment partie de la famille, venait en vacances avec nous et est restée une amie de la famille après la retraite de mon père. Il y avait aussi des malades qui venaient régulièrement chez nous. Ils ne travaillaient pas pour nous. Ça non, ça n'existait pas. Mais ils nous visitaient souvent et ma mère les recevait. Comme nous vivions à Cery et qu'elle avait été assistante sociale, elle entretenait des contacts avec des malades et s'occupait d'eux.

Elle organisait aussi les fêtes de Noël pour l'hôpital, ainsi que des thé-ventes à La Rosière et Cery, où étaient vendues les confections des malades afin d'alimenter la caisse des loisirs. C'est aussi elle qui conduisait la voiture que mes parents ont achetée dans les années 1950. Par exemple, quand Aloïse Corbaz est venue à Cery pour la dernière leçon clinique de mon père en 1960, elle a demandé à revoir Lausanne et c'est ma mère qui l'y a conduite (voir «*Hans Steck, le psychiatre qui collectionnait*

les œuvres des patient.es» p. 137). C'est aussi elle qui nous conduisait à notre chalet à la Barboleuse que mes parents ont fait construire après la guerre. À Cery, nous n'avions pour ainsi dire pas de vie privée, ce n'était pas toujours facile et ce chalet a été une grande libération, permettant à notre famille de se retrouver en dehors de l'hôpital. Ma mère en a géré la construction et l'entretien. Elle soutenait aussi beaucoup mon père, qui avait un travail lourd et était très préoccupé par ses fonctions à l'hôpital, avec les malades, et à la Faculté de médecine, dont il a été doyen. Elle le conduisait lors de ses congrès, où je les accompagnais parfois.

Elle le soutenait aussi dans son activité

scientifique. Elle s'occupait du rangement de sa bibliothèque. Elle a aussi mis de l'ordre et classé les tableaux qu'Aloïse a offerts à mon père et dont j'ai ensuite hérité. Son travail a permis à mon épouse et moi de fonder une association.

C'est ma mère qui s'occupait encore des invitations, personnelles et professionnelles. Elle a organisé un séjour de Friedrich Dürrenmatt à Cery, qu'il évoque dans sa biographie *Stoffe*. Elle s'occupait aussi d'inviter les psychiatres avec qui mon père collaborait et qui visitaient Cery. Je me souviens, lorsque le Dr Cantoni est arrivé dans les années 1950, sa femme était un peu dépaylée. Ce n'était pas évident d'arriver ainsi à Cery à cette époque. L'hôpital s'était profondément transformé avec les neuroleptiques, habiter sur place ne correspondait plus à l'évolution de la société. Ma mère s'est donc beaucoup occupée de M^{me} Cantoni et des enfants. Elle coorganisait aussi le Thé des dames de professeurs, qui réunissait les femmes d'universitaires.

Son grand engagement lui a permis de remplir un rôle important dans la vie sociale à l'hôpital, maintenant les liens au sein de la famille, de la communauté qui y résidait, comme avec l'extérieur.



Départ en vacances communes des familles Steck et Bovet, années 1950.

M. m'excuse de ma présence parmi vous quelques instants, mais je tiens personnellement à relier les œuvres nombreuses et magnifiques de Professeur Steck et de Mme Steck.

En 1928, le Professeur, alors Directeur, sous Directeur à ce moment là, après de grandes réflexions et désirant à tous prise sauver ces grands malades, trouve et décide par lui-même le traitement d'insuline sur une malade gravement atteinte. Résultat : pleine réussite, puisque guérison de cette malade. Après cette heureuse découverte un nombre incalculable de malades traités de la même façon ont retrouvé la santé. De tout cœur. Merci ! Professeur.

Désirant faire toujours davantage le Professeur a continué à alimenter la société d'Hygiène mentale par des faits nouveaux et a en élargi l'horizon. Notre reconnaissance va aussi à Mme Steck pour son grand dévouement, par ses conseils ses nombreux travaux, ses visites aux malades, ses finances de la société ; également pour les nombreux préparatifs qui ont contribué aux belles fêtes de Noël. Merci ! Madame.

Par son dynamisme et le souci de voir progresser les maladies mentales, le Professeur

Extrait d'une lettre signée « 1^{ère} insulinée » adressée à M. et M^{me} Steck pour le départ à la retraite du professeur, circa 1960.

Claude Cantini

75 Ce témoignage a été publié sous le présent titre dans *L'Écrit* du 4 octobre 1997. Nous en reproduisons ici des extraits.

Souvenir d’un ancien infirmier à Cery⁷⁵

76 L’apomorphine, ou chlorhydrate d’apomorphine, est introduit en 1949 comme médicament de dégoutation antialcoolique. Le paraldéhyde est un narcotique.

1954 est encore une date charnière entre la psychiatrie asilaire et la psychiatrie hospitalière. En effet, **si Cery est devenu officiellement hôpital en 1948, les choses n’ont pas encore complètement changé et huit ans après il y avait encore les traces d’un lourd passé.** Ainsi, si des «bains permanents» il ne restait plus que les locaux et si le souvenir du traitement au Cardiazol était bien présent dans la mémoire professionnelle, l’on pratiquait encore, de temps en temps, la cure de sommeil d’après Cloetta, la lobotomie et la malariathérapie, tandis que l’emploi de l’apomorphine et de la paraldéhyde⁷⁶ était fréquent. Il faut aussi se souvenir que la première cure de ©Largactil a eu lieu à l’automne 1952.

Cery, alors, comprenait 16 divisions (8 pour les malades femmes et 8 pour les hommes) (...) : une division «d’agités» en traitement, une division «d’agités chroniques» (avec deux chambres à varech), une autre de grabataires et semi-grabataires qu’on appelait «l’infirmierie», une division de malades calmes en traitement, trois de chroniques occupés au cartonnage, à l’effilochage ou à l’écossage ; dans l’une de ces dernières nous trouvions encore des dortoirs de dix lits équipés de «tinettes» communes et qui obligeaient les infirmiers, après un enfermement de 7h du soir à 7h du matin des patients, à une aération salubre dès la première ouverture de la journée. Enfin une division de 75 lits destinée aux malades qui travaillaient à l’extérieur (ferme et jardin de l’hôpital) ; elle s’étageait sur trois niveaux et au deuxième voisinaient les patients et les infirmiers en formation qui avaient l’obligation de l’internat (...).

L’ouverture de l’hôpital psychogériatrique en 1962 fut l’occasion, pour moi, dans un éditorial du journal du syndicat, de dénoncer les méthodes «monarchiques» de la direction ; celle-ci n’avait organisé ni information ni discussion quant à ce projet. Elle s’était contentée d’une petite note sur un panneau. Cela provoqua, pour un temps, un clivage entre les personnels, mais finalement cela a permis le développement de l’autonomie de chaque secteur.

L’ensemble des soignants (il n’y avait pas encore à l’époque de physio, d’ergo, etc.) était formé de 65 infirmiers et 70 infirmières. Ils effectuaient 57 heures de travail par semaine ; à raison de 9h30 par jour, 6 jours sur 7. Le nombre de jours de congé était en effet de 4 par mois et les vacances fixées à 4 semaines par an devaient être prises en trois fois.

Les rapports entre infirmiers étaient marqués par l’existence (en mettant de côté les élèves) de deux catégories de soignants : les diplômés officiels et les diplômés «reconnus». La première catégorie comprenait ceux qui avaient pu bénéficier d’une formation théorique facultative en cours d’emploi (mais le soir après le travail) pendant cinq ans (1933-1938), et ceux qui ont été diplômés à partir de 1941 après une formation obligatoire de trois ans. La deuxième catégorie (une trentaine d’infirmiers chez les hommes) était au bénéfice d’une «reconnaissance professionnelle». Entrés à l’asile avant 1930, ils provenaient en grande majorité de la campagne vaudoise et fribourgeoise où ils avaient été souvent valets de ferme ou simples manœuvres s’ils venaient de la ville.

Leur richesse en «trucs» que seule l’expérience peut fournir m’autorise à affirmer qu’ils ont joué, à côté d’une école débutante, un rôle pédagogique pratique non négligeable. De plus, leur sens de l’humain a grandement facilité, en général, les échanges positifs entre anciens et nouveaux qui étaient eux des citoyens ayant connu le chômage. Autrement dit, ils ont assuré le lien entre deux générations de soignants.

C’est ainsi que, dans l’ensemble, les difficultés du travail liées à l’économie humaine des patients étaient compensées par une forte camaraderie, teintée de complicité (...).

Avec certains chefs les rapports étaient moins roses. La hiérarchie infirmière comprenait un infirmier-chef (il y a quelques années il s’appelait encore : «surveillant»), un infirmier sous-chef, huit chefs de division, huit sous-chefs de division, et huit «troisièmes» (sorte de chefs remplaçant en l’absence des précédents). S’appuyant sur des règlements carrément stupides, la hiérarchie affectionnait (sans généralisation excessive, nous pensons avec reconnaissance à certains chefs qui avaient le cœur sur la main) les brimades mesquines. (...). Une des armes à disposition de certains chefs de division était l’attribution arbitraire aux «infirmiers récalcitrants», des travaux les moins gratifiants, sinon les plus ingrats ; n’oublions pas que les premières femmes de chambre ont fait leur apparition en 1959.

Avant, les infirmiers assuraient les nettoyages «à fond» qui duraient un mois pour toutes les divisions, le changement mensuel des draps qu’il fallait parfois faire seul pour une division de 75 lits, la désinfection des crachoirs, le récurage des escaliers (...),

Prilly

CERY : FAMILLE
OU BATEAU CHARGÉ DE DYNAMITE ?

Le professeur Ch. Müller, directeur de la Clinique psychiatrique de Cery, vient de donner, dans le cadre de l'hôpital, une importante conférence intitulée : « Réflexions sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital de Cery ». Le sujet était d'actualité puisque l'auditoire était presque comble.

A l'intérieur d'un hôpital aussi grand que Cery, il est évident qu'un des plus graves problèmes est celui de la communication. La conférence du professeur Müller se voulait être un dialogue.

Le rôle de l'hôpital est de servir le malade et l'Etat. Car, seule la médecine étatique est capable de promouvoir une psychiatrie sociale, malgré les nombreux défauts de toute étatisation. Un des dangers à éviter est la création d'hôpitaux gigantesques, qui posent plus de problèmes qu'ils n'en résolvent. C'est pourquoi, de tout temps, le professeur Müller fut un ardent défenseur de la sectorisation.

Les hôpitaux géronto-psychiatriques dépendent aujourd'hui encore des hôpitaux psychiatriques. Mais cela ne saurait durer encore longtemps. La géronto-psychiatrie va devenir une sous-spécialité, très importante, de la psychiatrie. Cela est nécessaire aussi bien pour la santé des malades que pour le bien-être des infirmiers.

Il est de bon ton, aujourd'hui, d'attaquer la psychiatrie. La hiérarchie, qui n'est qu'une stratification des compétences des divers employés de l'hôpital,

est absolument indispensable si l'on ne veut pas tomber dans l'anarchie. Et « il ne faut pas confondre le paternalisme avec l'esprit paternel ou maternel ». L'antipsychiatrie est certainement honnête lorsqu'elle dénonce les risques de l'hospitalisme, mais il n'en reste pas moins que les concepts de Laing et Cooper sont aberrants.

Le personnel infirmier peut ressentir un grave malaise face au peu d'efficacité de la psychiatrie dans le soin des troubles mentaux. (Il faut dire que seuls 2 % des malades sont guéris.) C'est une réaction bien normale et l'on réagit soit de manière agressive, soit dépressive. Mais il faut, pour soigner des malades mentaux, une bonne dose d'idéalisme, que l'on ne peut trouver en psychiatrie. Qui n'en aurait pas, a meilleur temps de ne pas choisir cette profession.

Après la conférence, un bref dialogue s'engagea. Un médecin proposa que les infirmiers (et pourquoi pas les médecins aussi ?) élisent leurs chefs. Une infirmière, d'origine étrangère, dit avoir toujours entendu à l'hôpital ce refrain : « Cela ne sert à rien de parler, car rien ne change. »

Ces deux questions confirmaient la conclusion du professeur Müller : « Est-ce que nous sommes une grande famille ou un bateau chargé de dynamite ? »

E. Cb.

Tout le monde doit savoir désormais que les hôpitaux connaissent une pénurie croissante de personnel (qui est parfois, il est vrai, le fait d'une mauvaise répartition des effectifs). Inutile de dire que cette pénurie s'aggrave encore quand il s'agit de soigner des malades chroniques et atteints par l'âge.

[...] Cela veut dire, pratiquement et pour la majorité des patients : incontinence et dépendance souvent totale pour l'alimentation et les plus petits déplacements. C'est dire le besoin qu'a le personnel soignant de changer, de temps à autre, d'horizon professionnel ou au moins de savoir que cela lui est facilement possible si nécessaire.

[...]. Or, tout récemment, la direction de l'hôpital de Cery a décidé, semble-t-il d'entente avec le Département de l'intérieur, de donner à ses sections gériatriques un statut d'autonomie [...]. Sans que les soignants aient pu tant soit peu s'exprimer – alors qu'autour de nous l'on parle de démocratisation et de participation — la direction a imposé brutalement, et

à la limite de la légalité, à son personnel l'appartenance à l'un ou l'autre secteur. [...] Cela signifie tout simplement pour beaucoup d'entre nous du travail gériatrique jusqu'à la fin de notre carrière.

[...] Un élément positif néanmoins : étant donné les discutables résultats de la psychiatrie moderne, ceux qui ne craignent pas l'effort physique peuvent encore trouver dans le travail gériatrique une satisfaction ; voire une espèce d'assurance morale sur l'avenir, en notre qualité, à nous tous, de futurs vieillards nécessiteux de compréhension et d'aide.

Tant et si bien que l'équipe de l'hôpital gériatrique continuera de son mieux à accomplir la tâche qui est la sienne. Mais, puisque le dévouement a aussi ses limites, il faut que le public sache dès maintenant où trouver les responsables, le jour fort probable où les malades ne pourront plus être soignés comme il se doit.

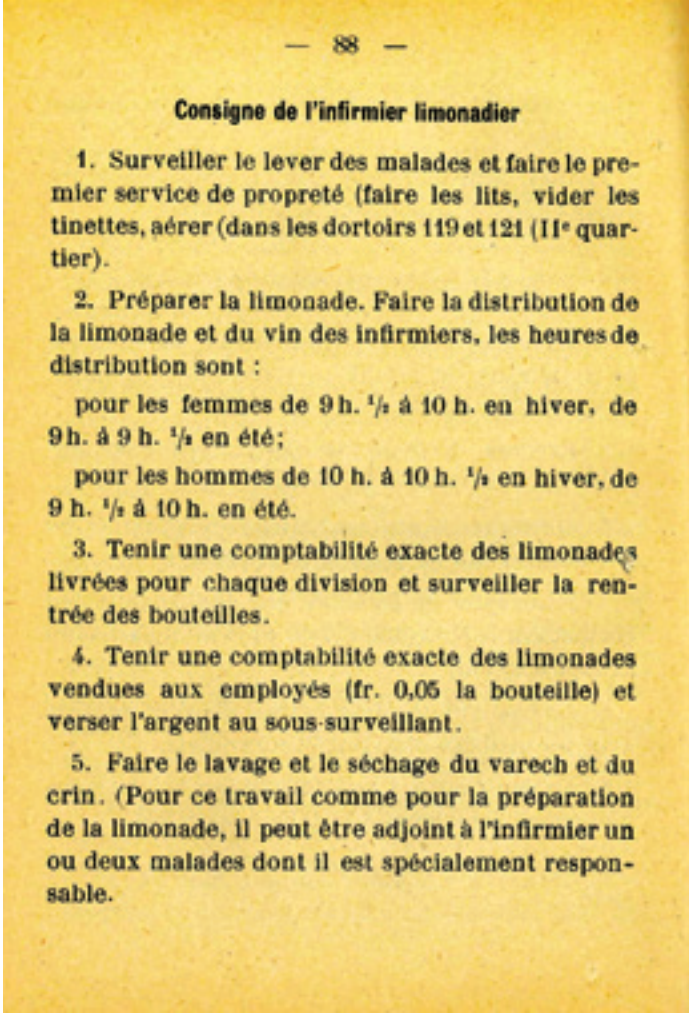
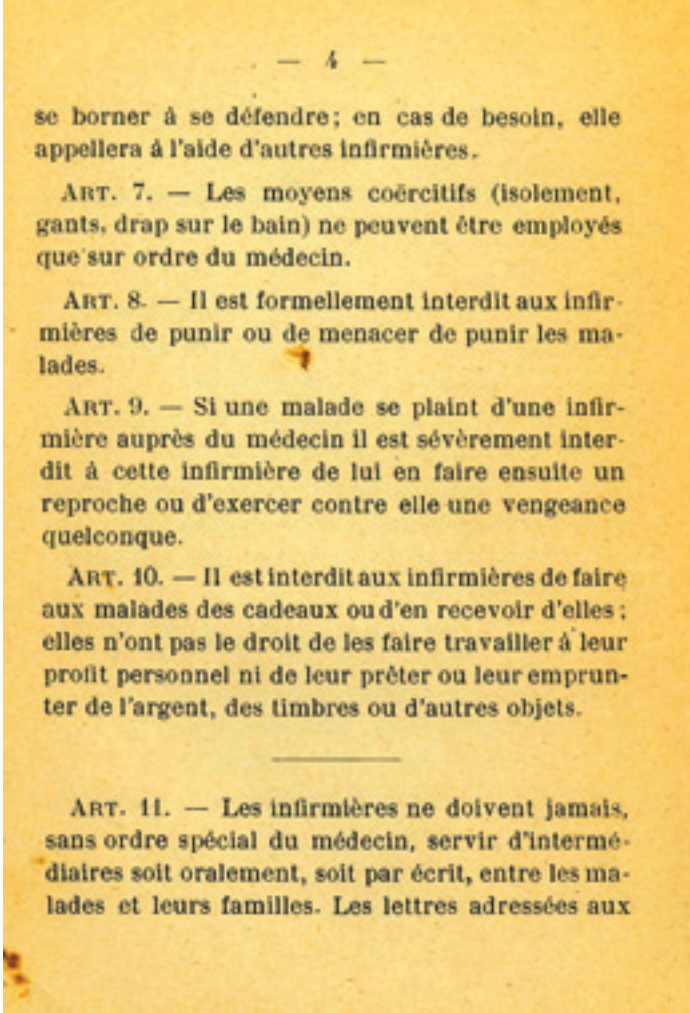
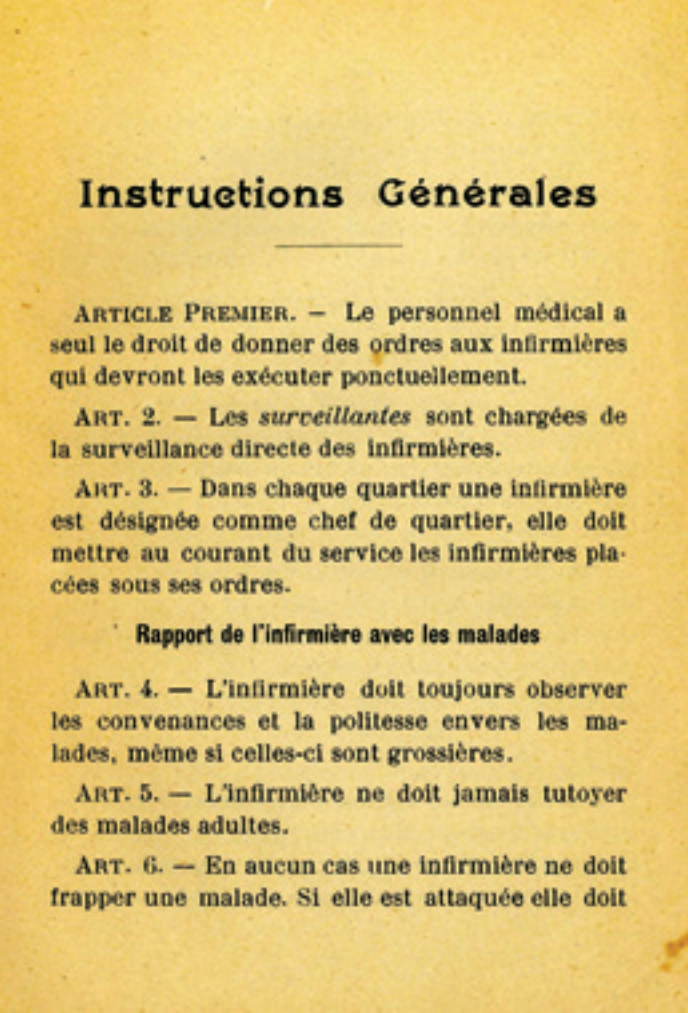
Un infirmier, Lausanne

Extrait d'une lettre ouverte d'un infirmier de Lausanne, intitulée « Les limites du dévouement » parue dans le 24h du 13 novembre 1972.

(le) ponçage et encaustiquages des parquets, (les) bains hebdomadaires des malades, (le) tri et inscription personnelle du linge des patients. (...)

Les rapports entre les infirmiers et le corps médical étaient caractérisés par une prudente distance. Il est vrai que la répression ouverte, découlant de la toute-puissance du Médecin-Directeur, avait pris fin avec l'entrée en vigueur, en 1947, du Statut des Fonctions Publiques Cantonales qui introduisait les premières règles en matière de licenciements, ainsi qu'avec la naissance, en 1951, d'un vrai syndicat. Néanmoins,

Au début des années 1970, l'autonomisation de l'hôpital psychogériatrique soulève la controverse entre la direction et une partie du personnel soignant se sentant exclu des décisions.



même si les médecins les plus obtus avaient fini par comprendre qu'il ne suffisait plus, pour qu'un hôpital fonctionne véritablement, d'avoir à disposition des hommes et des femmes robustes, l'opinion des cadres médicaux à propos de la formation infirmière n'avait pas fondamentalement changé : un peu de théorie d'accord mais pas trop (...). **En somme, la supériorité, voire l'arrogance** (quand par exemple un médecin se permettait de siffler pour appeler «son» infirmier) **avait cédé la place au paternalisme** (...).

L'éclatement géographique de l'hôpital à partir de 1958, a favorisé par des degrés d'autonomie plus grands, la stimulation de la réflexion infirmière.

À l'époque, les rapports écrits des divisions étaient rédigés et mis à jour uniquement par les chefs infirmiers (...). Avant l'introduction du Kardex⁷⁷ dans les années 1970 (un des premiers combats infirmiers dans le domaine des soins), l'écrit n'était requis qu'autour des patients sous protocoles (...).

⁷⁷ Il s'agit d'un système standardisé de feuille de travail infirmier.

Extraits du règlement de Cery :
Instruction pour le personnel infirmier.
Division des hommes, 1911.

La première cure de Largactil avait vu l'observation infirmière valorisée par l'écrit. (...) Dans les années 1960, le personnel infirmier s'est vu confier des soins auxquels il n'avait (jusque-là) pas accès : la prise des tensions, les sondages naso-gastriques, les pansements, les injections intraveineuses et les ECG *électrocardiogrammes* (ECG). En 1954, les médecins faisaient encore les sondages pour les cures d'insuline.

À vous rappeler cela je comprends bien les progrès réalisés.

(...). **Si je vous ai parlé du passé (de mon passé), c'est surtout pour mettre en exergue le chemin parcouru ; le mien, bien sûr mais aussi celui de l'ensemble de la profession.**

« Il faudrait désinstitutionnaliser l’hôpital » :
autour d’une rencontre avec Pierre Dominique Scheder

Le 9 mai 2023, la sociologue Émilie Bovet et moi-même rencontrons Pierre Dominique Scheder au café Le Milan, à Lausanne, un lieu qu’affectionne ce Vaudois aux multiples casquettes, formé en psychologie, chansonnier et écrivain accompli, qui a cofondé le GRAAP avec Madeleine Pont en 1987. Nous lui présentons nos projets de recherche respectifs, puis nous lui demandons s’il veut bien nous raconter son histoire, nous parler de son expérience et de la perception qu’il a de Cery. Il nous confie qu’il a eu ses « premières crises » dans les années 1970, durant ses études. Il a été suivi au Centre de jour de Sauvabelin, puis à la polyclinique à la Caroline. Il n’a été hospitalisé à Cery qu’une seule fois, pendant un mois, en 1995. L’expérience ne l’aurait que peu marqué. « Ce que j’ai trouvé de bien, affirme-t-il, c’était les murs, un château qui m’a protégé du monde. » Le plus dur selon lui, c’est de sortir. « Tu sors de l’hôpital, y’a un monde fou (jeu de mots, mais c’est vrai !) ». Il nous rapporte les propos de camarades sur l’ancienne division Érable dédiée aux soins intensifs. « C’était le cachot ». « Il y avait des récits de gens qui sortaient de là, c’était très difficile. Après ça a changé. »

Au terme de notre entretien, nous lui montrons quelques images du film promotionnel tourné par Nag Ansorge au début des années 1960 (*voir « Le cinéma se projette sous tous les angles à Cery » p. 146*), en lui demandant ce que cela lui évoque. Il regarde les images du vétuste asile, de sa Nouvelle clinique, de son personnel, de ses patient.es. « Rien » dit-il. Toutefois, il s’arrête sur une image où l’on voit des patients installés à une longue table dans le préau, sous un arbre, en train de boire le café (ou le thé ?). Il s’exclame : « Ah ! ça, c’est formidable ! ». Sans nostalgie aucune pour un passé révolu qu’il n’a pas connu, il nous explique que, à son époque, les repas manquaient cruellement de convivialité. **« Il faudrait retrouver des lieux d’expression à l’hôpital, qu’on soit autour d’une table à parler (...) Certaines pratiques pourraient être reprises, désinstitutionnaliser l’hôpital, qu’on soit dans le partage, la communauté, l’amitié. »**

Désinstitutionnaliser l’hôpital. L’idée interpelle. Les psychiatres des décennies précédentes se sont en effet bien efforcés de désinstitutionnaliser la psychiatrie en transformant l’asile en hôpital, en sectorisant, en développant l’ambulatoire, les hôpitaux de jour, les sous-spécialités, la psychiatrie sociale, la psychiatrie communautaire. Le lieu de vie qu’était l’asile s’est transformé en un lieu spécialisé dans les soins aigus et la recherche où les durées de séjours sont réduites : l’hôpital psychiatrique. Comme l’exprime d’ailleurs Christian Müller en 1980 lorsqu’il énumère les raisons de l’annulation de la fête des cerises cette année-là : la « baisse constante d’intérêt » des malades



Patients qui boivent le thé dans le préau. Photogramme du film de Nag Ansorg
Cery Hôpital psychiatrique moderne, vers 1964.

pour cette fête avec la réduction des durées de séjour, l’ouverture vers l’extérieur, la banalisation des congés en ville le week-end, des sorties et des activités culturelles, qui permettent de leur offrir des distractions et un contact social. « Certains d’entre nous, commente le directeur, ont aussi dit non sans raison que la fête de l’été fait penser à « l’asile ». Il est vrai que l’hôpital fonctionne de plus en plus comme un centre d’intervention de crise et non plus comme lieu de séjour prolongé pour des personnes chroniquement handicapées »⁷⁸.

Et voilà en 2023 le terme qui ressurgit, dans une autre bouche, prenant un autre sens, charriant de nouvelles idées, dans un contexte également renouvelé, mais avec une force semblable : celle d’une aspiration à repenser le rôle de *l’institution*, qu’elle soit *asilaire* ou *hospitalière*. Selon Scheder, l’hôpital doit consister à « aider la personne à évoluer dans cette société, sans avoir à s’y conformer ». Il doit faciliter la vie sociale, mais sans nécessairement chercher à « réinsérer » dans le monde professionnel. En d’autres termes, il doit être un lieu de *socialisation*, avant d’être un instrument de *resocialisation*.

⁷⁸ « Pas de fête des Cerises cette année », *24h*, 1^{er} juin 1980. 19.



PARTIE 3

Panser et penser l’esprit. Regards sur la folie

Contributions scientifiques

Mikhaël Moreau 111 - 116
Aude Fauvel 126 - 130

Entretiens

Abdeljalil Zahir 117
Élisabeth Fivaz-Depeursinge 118 - 122
Cédric 122
Françoise Schenk 123 - 125
Pierre Magistretti 131 - 135

Par Mikhaël Moreau

Développer la recherche à Cery : orientations et structures

La « médecine aliéniste », une discipline spécifiquement dédiée à l’étude et au traitement de l’esprit, se détache de la médecine dès la fin du 18^e siècle. Toutefois, il faut attendre les années 1870 pour voir apparaître de premières vraies tentatives de développer des recherches expérimentales et des laboratoires à l’intérieur des asiles⁷⁹. On doit notamment ce tournant à l’influence de Claude Bernard (1813 – 1878) et à deux de ses élèves, Valentin Magnan (1835 – 1916) et Jean-Martin Charcot (1825 – 1893), qui décident d’introduire la « méthode expérimentale » de Bernard, respectivement en psychiatrie et en neurologie. Cette nouvelle approche suscite cependant des polémiques. En Suisse, en particulier, où le D^r Gottlieb Burckhardt (1836 – 1907), directeur de l’Asile privé de Préfargier, conduit des expérimentations psychochirurgicales sur des patients à la fin des années 1880. La divulgation de ses recherches provoque un tollé international. Depuis lors, l’expérimentation en psychiatrie, notamment sur le versant biologique et organiciste, est frappée d’une forte suspicion morale. Comme on le verra dans les paragraphes suivants, dans le canton de Vaud, ce n’est ainsi qu’autour des années 1920 que l’hôpital de Cery, lieu de clinique et d’enseignement, commencera véritablement à se profiler comme un pôle de recherche, avec pour dessein d’éclairer l’étiologie de la maladie mentale.

Dès 1876, Cery dispose d’une salle d’autopsie ainsi que d’un « excellent microscope et d’appareils électriques à courant faradique et à courant continu »⁸⁰. Il est en outre doté d’une pharmacie. Celle-ci ferme néanmoins rapidement (elle n’est plus en activité en 1887). Elle ne rouvrira qu’en 1926 et il faudra même attendre 1956 pour qu’un poste de pharmacien professionnel y soit associé. Au final, les aliénistes semblent donc avoir eu peu d’envie d’institutionnaliser ou de structurer fortement l’expérimentation à Cery. C’est dans les années 1920 que l’approche expérimentale et de laboratoire y fait une apparition notable sous la houlette de Steck, qui est alors au début de sa carrière. Il décide de conduire des expériences sur l’application des traitements dits de « choc ». Pour ce neuropsychiatre organiciste et inspiré par la biologie, ceux-ci paraissent en effet ouvrir d’intéressantes perspectives. Il est en particulier un des premiers à tester la méthode inventée en 1927 par le psychiatre autrichien Manfred Sakel (1900 – 1957) qui consiste à induire un coma insulinique, suivie d’une période prolongée de repos, le tout permettant, d’après Sakel, de guérir

⁷⁹ Fauvel 2007.

⁸⁰ Rapport annuel de Cery 1876, cité par Secrétan 1973, 47.

les malades mentaux. Steck examine l'intérêt de la cure de Sakel (ou insulinothérapie) pour les cas de *delirium tremens* (1929), de morphinomanie (1933), puis de schizophrénie (1936). En 1938, il s'intéresse aussi à la convulsivothérapie : il s'agit d'administrer du Cardiazol aux patient.es (un stimulant circulatoire et respiratoire, qui provoque des convulsions s'il est administré à doses élevées), toujours suivant l'idée qu'induire un « choc » organique pourrait aider le cerveau des patient.es à fonctionner plus « normalement ». Il explore ensuite la piste des électrochocs (1940) et de la leucotomie préfrontale (1948), une opération chirurgicale consistant à léser des zones cérébrales, qui sera ensuite remplacée par la lobotomie.

Dans ce dernier cas, Steck collabore avec l'Hôpital cantonal, où des chirurgiens appliquent ce protocole aux cas réfractaires aux autres traitements habituels (sont mentionnées notamment la « névrose obsessionnelle grave » ou la « dépression chronique »). En définitive, c'est l'insulinothérapie qui retient le plus son attention : après sa nomination comme directeur en 1936, il en fait une méthode privilégiée de l'arsenal thérapeutique. À compter de cette date, l'insulinothérapie cesse donc d'être un objet de recherche expérimental et devient commune à Cery. Alors même que cette cure de Sakel, décrite pour ses effets secondaires très importants, est abandonnée dans la plupart des pays à partir de la fin des années 1950, elle reste employée dans le canton de Vaud jusque dans les années 1970⁸¹.

En résumé, sous l'égide de Steck, les approches expérimentales demeurent principalement dans le giron de la clinique et adossées à une optique thérapeutique. Néanmoins, le neuropsychiatre contribue aussi à esquisser le développement de recherches plus fondamentales. Un laboratoire d'histopathologie est créé, probablement dans les années 1930. Il est à noter ici que c'est d'abord un patient, formé par Steck, qui s'en occupe. Cery n'engagera une personne diplômée qu'en 1942, une femme « laborantine ».

Comme on le voit, les recherches demeurent ainsi d'envergure relativement modeste à Cery avant les années 1960. C'est durant cette décennie qu'elle connaît un essor certain et une véritable diversification, tant du côté biologique et pharmacopsychiatrique que psychothérapeutique, de la « réadaptation et de l'art-thérapie ». Entre 1963 et 1973, Luc Ciompi dirige notamment la célèbre « Enquête de Lausanne », une observation catamnétique financée par le Fonds national suisse pour la recherche scientifique (FNS), qui consiste en une étude d'ampleur sur le rôle de l'âge dans l'évolution des pathologies psychiques (*voir figure p. 115*). En 1963 est aussi créé le CEEP d'Alfred Bader, au sein duquel sont conduites des recherches sur la psychopathologie de l'expression, un courant alors en expansion en Europe occidentale, qui repose sur une approche phénoménologique de la pathologie mentale et qui considère l'expression artistique (généralement picturale et non verbale) comme une porte ouvrant sur la « vie intérieure » et l'inconscient du malade⁸².

La recherche en psychiatrie biologique n'est pas en reste : dès 1961, des médecins de Cery collaborent avec les laboratoires Sandoz et Hoffmann-la Roche autour de l'expérimentation des traitements neuroleptiques. En 1964, un centre d'études psychopathologiques est ouvert sous la direction de Hans Heimann (1922 – 2006). Il devient en 1972 le CRP, auprès duquel Pierre Baumann est engagé après un séjour à l'Institut Max Planck de Munich. Il comprend entre autres



Laboratoire de Biochimie du Centre de recherche psychopathologique, 1982.

un laboratoire de neurophysiologie, un laboratoire de biochimie et une unité de psychopharmacologie, ainsi qu'un laboratoire d'électroencéphalographie.

En 1991, ces différents laboratoires sont rassemblés sous la direction de Baumann en un Centre de biochimie, neurophysiologie et psychopharmacologie clinique dans le but d'assurer une meilleure coordination entre les différentes unités. Par ailleurs, une Unité d'épidémiologie est formée en 1988, confiée à Pierre Bovet. Elle deviendra en 1995 l'Unité de recherche en épidémiologie et psychopathologie sous la direction de Martin Preisig, qui assurera par ailleurs le rôle d'investigateur principal dans l'importante étude de cohorte PsyCoLaus débutée en 2003.

En ce qui concerne la psychothérapie, le CEF, fondé en 1978 par Kaufmann et Fivaz-Depeursinge, conduit une intense activité thérapeutique, d'enseignement et de recherche en mobilisant des approches systémiques. Dans les années 1990, Fivaz-Depeursinge et Antoinette Corboz y mènent notamment le Jeu Trilogique de Lausanne (LTP) (*voir le témoignage d'Élisabeth Fivaz-Depeursinge, p. 118*), qui a un fort retentissement à l'international. Des recherches sont aussi conduites dans les différents services. Par exemple, dès 1974 est créé le Service de réadaptation dirigé par Ciompi. L'année suivante, c'est un Centre de recherche sociopsychiatrique qui voit le jour, comptant une psychologue qui dirige des études en réadaptation. Le nombre annuel, croissant, de publications scientifiques provenant des divisions de Cery puis du DUPA qui sont listées à la fin des rapports annuels témoigne de cet élan.

Dès 1997, Borgeat entend capitaliser sur ce qu'il qualifie de véritable « patrimoine » de recherche à Cery, afin de le faire fructifier, de l'homogénéiser et d'en faire ressortir toutes les dimensions, qu'elles soient expérimentales, épidémiologiques, translationnelles ou interdisciplinaires. En effet, un enjeu de la réorganisation du DUPA est de « faire de la recherche et des



CoLaus-PsyCoLaus :
une étude de cohorte sur
20 ans

81 Cantini/Pedroletti 2000.

82 Bader 1973.



Enregistreur ©Grass et ordinateur ©Varian du Centre de recherche psychopathologique, 1982.
Le Varian était alors le dispositif informatique le plus à la pointe en matière médicale.

83 Plan de réorganisation
1998 (14 novembre 1997)
3.

activités scientifiques une priorité » afin d’améliorer la qualité des soins et l’image de l’institution au sein de la communauté médicale et scientifique, tant locale qu’internationale⁸³. Ambition à laquelle participe la création de filières diagnostiques spécialisées permettant d’intégrer et de corréliser les soins, la recherche et l’enseignement. Il s’agit en définitive de conférer un caractère translationnel à la recherche dans le but que celle-ci profite plus directement aux patient.es. Dans cette perspective, sont alors fondés le Centre de neurosciences psychiatriques (CNP) et l’Institut universitaire de psychothérapie (IUP). Le premier doit contribuer à développer un secteur de pointe en recherche biologique. Il va connaître un succès rapide et une expansion linéaire que consacre la construction du nouveau Centre de neurosciences en 2017. Le second vise à unifier et à renforcer la recherche psychothérapeutique tout en diversifiant l’éventail des options thérapeutiques ouvertes par le champ des savoirs psy à Cery, où les courants psychanalytique et systémique étaient déjà bien implantés, en approfondissant les thérapies cognitivo-comportementales.

LA VIEILLESSE, CETTE INCONNUE

Vaste enquête menée à Cery

Une équipe de chercheurs de la clinique psychiatrique de Cery a décidé d’effectuer une vaste enquête sur la vieillesse avec l’appui du Fonds national de la recherche scientifique. Les recherches doivent montrer quelles sont les meilleures conditions de vie que nous pouvons faire à « nos vieux » ; dans quelle situation matérielle ils se trouvent ; leur état de santé, etc.

A ces questions, il est urgent de répondre. En effet, le nombre des vieillards augmente continuellement depuis la découverte de nouveaux médicaments qui sont propres à prolonger la vie humaine. Il faut savoir que la durée moyenne de la vie humaine s’est allongée de vingt ans depuis le début du siècle.

L’enquête de Cery vise à connaître les causes qui déterminent le bonheur ou le malheur dans la vieillesse. Pour cela, il est nécessaire qu’un grand nombre de vieillards soient interrogés.

Pour cela, on s’est adressé tout d’abord aux anciens patients de l’hôpital de Cery. Pourquoi eux ? Tout d’abord parce qu’ils sont connus des médecins.

Il est clair que cette ancienne clientèle de Cery était aliénée au moment de son passage dans cet établissement, mais il est nécessaire aussi que le public sache que l’aliénation mentale ne représente qu’un état passager dans l’existence d’un individu — troubles qui ne sont pas forcément permanents mais dans la plupart des cas guérissables. C’est dire que les déclarations de ces anciens patients sont tout à fait utilisables dans le cadre d’une enquête sociologique.

L’enquête se déroule sous forme d’un entretien amical et strictement confidentiel. Les renseignements obtenus jusqu’à maintenant ne permettent pas encore de tirer des conclusions précises. Mais d’ores et déjà on a constaté que les personnes âgées qui avaient la possibilité de garder une partie de leurs activités se trouvent bien mieux.

Mais ce résultat n’est que provisoire. Il ne résulte que de l’analyse de 400 cas. Malheureusement, mille adresses de personnes qui ont été soignées à Cery demeurent tout à fait inconnues. C’est là qu’intervient la collaboration du public.

L’équipe de Cery invite ses anciens patients âgés, à répondre à son appel et à s’adresser à elle spontanément (Dr L. Ciompi, Recherches sur la vieillesse, clinique psychiatrique univer-



sitaire de Cery, Prilly - Lausanne).

L’équipe de chercheurs de la clinique psychiatrique universitaire espère ainsi contribuer, par une meilleure connaissance des problèmes de la vieillesse, à améliorer le sort de la population âgée et mettre en pratique une des

suggestions les plus impressionnantes de l’Expo, exprimée dans une des séquences des films de Brandt : s’attaquer au problème brûlant des vieillards dans la société moderne — problème qu’on n’est pas en droit d’oublier ou de négliger plus longtemps !

Entre 1963 et 1973, le psychiatre de Cery Luc Ciompi dirige la célèbre « Enquête de Lausanne », une importante étude sur les incidences de la vieillesse dans l’évolution des troubles psychiques.

À l’instar de la clinique et de l’enseignement, après des débuts timides et surtout teintés d’organicisme, la recherche s’imprègne très vite à Cery d’un fort éclectisme, caractéristique suisse et tout spécialement lausannoise, qui s’est dégagée au lendemain de la Seconde Guerre mondiale et perpétuée jusqu’à nos jours. Cette histoire particulière permet d’expliquer pourquoi, en dépit de sa (relative) petite taille au regard d’autres institutions, dès les années 1960 Cery s’est forgé une réputation internationale d’hôpital de pointe dans le domaine de la recherche en psychiatrie. On est très loin du laboratoire d’histologie improvisé par Steck et l’un de ses patients dans les années 1930.



Deux encarts publiés dans un article consacré au « sevrage opiacés ultracourt » (SOUC).
L'illustré, 6 décembre 2000.

Abdeljalil Zahir

Patient qui lutte depuis 2012 contre l'alcoolisme

J’étais plusieurs fois à Tamaris (unité pour soigner l’addiction à l’alcool au sein de l’hôpital de Cery). J’ai accumulé beaucoup d’expérience grâce à l’équipe soignante bien organisée. L’essai de mélanger les deux unités Tamaris (al-cool) et Calypso (drogues): auparavant, ça n’a pas marché. Et on a refait la même expérience ces derniers deux ans. Les deux substances sont très différentes. Vu que j’ai vécu ces deux essais, j’aimerais vous dire que de mon point de vue, ce n’est pas réussi. À cause de cela, Tamaris a perdu du person-nel, comme le chef infirmier.

Des activités dont l’ergothérapie ont été supprimées. Avant, chaque matin, se déroulait un colloque avec les patients et l’équipe soignante, traitant de sujets liés à l’alcool et ses conséquences. Le nombre de colloques à diminué. Malheureusement, les hauts responsables ne pensaient pas aux patients mais au budget. Tamaris était spécialisé dans le traitement de cette maladie qu’est l’alcoolisme. Il y a une grande différence entre les patients alcooliques et ceux addicts à une drogue. Cela génère des problèmes entre patients. Par exemple, les patients de Calypso peuvent consommer de l’alcool alors que ce n’est bien sûr pas le cas de ceux de Tamaris.

Merci pour votre lecture.

Élisabeth Fivaz-Depeursinge

Parcours d'une thérapeute et d'une chercheuse au Centre d'étude de la famille

Parmi les figures marquantes de ma formation, j'ai eu le privilège de suivre les enseignements de Jean Piaget (1896-1980), précurseur de la théorie des systèmes et de la méthode clinique en psychologie développementale. J'ai été formée à la thérapie familiale par Luc Kaufmann et à la psychologie développementale par Daniel Stern (1934-2012), avec lesquels j'ai pu collaborer durant de nombreuses années. *Last, but not least*, c'est avec mon mari, Roland Fivaz (1933-2022), physicien et spécialiste de la théorie des systèmes, que j'ai pu apprendre à penser (y compris mes limites) dans ce domaine et dans la vie.

Partie aux USA pour le postdoctorat en physique de mon mari, j'ai été formée en psychologie expérimentale dans un programme de doctorat à Ames, Iowa. Puis en pédopsychiatrie, à Charlottesville en Virginie, j'ai pu apprendre la thérapie par le jeu. J'y ai aussi enseigné les rudiments de la théorie de Piaget. Enfin, à Montréal, j'ai dû renoncer à travailler pour m'occuper de mes deux tout jeunes enfants durant un hiver record de froid.

De retour en Suisse, j'ai rejoint la pédopsychiatrie, dans une équipe dirigée par une thérapeute familiale qui traitait les cas de maltraitance infantile très difficiles. Je suivais en même temps une formation de psychanalyste d'enfants avec le Directeur du département de psychiatrie infantile. Grâce à leur supervision conjointe, j'ai pu développer une sorte de métavision des interfaces entre leurs modèles et j'ai alors entrepris une formation de recherche.

J'avais le privilège d'être consultante auprès de mères sérieusement décompensées au post-partum et hospitalisées avec leur bébé en psychiatrie adulte. Comme thérapeute de famille, je tenais à voir aussi les pères et souvent les familles d'origine. Antoinette Corboz, alors psychiatre de l'hôpital chargée de suivre ces familles, préparait précisément sa thèse de doctorat sur les pères dans le post-partum. Nos intérêts se rencontraient heureusement, car je préparais aussi mon doctorat en psychologie



Une interview de Fivaz et Corboz sur la Lausanne Triadic Play (LTP). *L'Hebdo*, 24 juin 1999.
(suite page 121)

sur le dialogue entre bébé et mère, père et étrangère dans les mêmes familles. Ainsi avons-nous pu progressivement organiser une coopération entre Hôpital et CEF. Ce centre, fondé à Cery et dirigé avec Kaufmann, médecin-chef à Cery et thérapeute de famille, était dédié à la formation, la recherche et la clinique des familles.

Pratiquement, Antoinette Corboz invitait les familles de bébés qu'elle accompagnait à participer au CEF à une consultation de recherche spécialisée pour bébés et leurs parents, pour penser à ce que le bébé avait vécu dans cette crise familiale et organiser l'encadrement post-hospitalier. L'équipe de l'hôpital y assistait. La consultation de recherche se déroulait sans que les chercheurs soient mis au courant du dossier psychiatrique de la mère. Elle incluait entre autres l'observation de la famille dans une situation de jeu à trois, filmée (le LTP). Faisait partie intégrante de cette consultation une séance de vidéo-feedback où l'accent était mis en premier lieu sur les ressources des parents et du bébé et sur une proposition de soutien post-hospitalier pour accompagner la famille.

Dès lors avons-nous travaillé, avec les nombreux membres de nos équipes, Antoinette Corboz et moi-même, main dans la main, en alliant clinique et recherche.

Pour résumer ce qui est peut-être le résultat principal de nos recherches avec les familles sérieusement en crise au post-partum, c'est la découverte de l'exclusion qui caractérise les difficultés dans l'alliance familiale de ces familles, soit leur alliance paradoxale. Nous étions frappées de voir que le contact visuel ne s'établissait pas dans le dialogue entre le bébé et les mères, et le plus souvent aussi les pères. L'étude micro-analytique de ces interactions à deux, puis à trois dans le LTP, a montré que c'était la manière de placer le bébé sur leurs genoux ou d'organiser l'espace vis-à-vis de lui pour l'inviter au dialogue ou au trilogue qui empêchait le contact visuel. Autrement dit, le contexte postural de base nécessaire pour le dialogue ou le trilogue excluait le bébé de l'interaction. Il recevait des messages paradoxaux, lui enjoignant de s'engager tout en empêchant ce contact.

Nous avons aussi inévitablement travaillé en réseau. À l'époque, ces familles étaient prises en charge par de nombreuses personnes : des thérapeutes individuels, de couple, de famille, des pédiatres, des infirmières, des visiteurs à domicile, etc. Il fallait coordonner les équipes et convenir de qui était responsable de quoi. En cela, l'approche systémique n'était pas seulement destinée à la thérapie familiale mais était également importante pour comprendre le réseau.

Nos recherches ont été inspirées sur le plan théorique par une combinaison entre la théorie développementale et la théorie des systèmes. Luc Kaufmann s'était adressé au physicien Roland Fivaz, mon mari, pour comprendre la théorie des structures dissipatives de Prigogine, Prix Nobel. **C'est ainsi que s'est institué un groupe interdisciplinaire, mêlant théorie physique des systèmes, psychologie développementale et psychiatrie, et où nous avons pu remonter aux sources de l'approche systémique en clinique et construire des ponts entre les trois domaines.**

Bonne alliance familiale



Quand le père joue, la mère sait rester à distance, (position reculée sur la chaise). Elle ne veut pas interrompre la danse, mais manifeste son plaisir en arrière-plan, incitant l'enfant à se laisser aller dans la relation avec le père.



Les trois s'amuse ensemble, proches physiquement et attentifs. Le petit de trois mois participe spontanément en maintenant le contact visuel avec l'un et l'autre de ses parents. Tout le monde est inclus.



Quand les parents discutent entre adultes, le bébé comprend qu'il a maintenant une position de tiers. Cela lui permet de se reposer, mais il montre qu'il reste en résonance avec la musique de leur échange.

ce que montrent clairement nos travaux, c'est que cette relation n'est pas exclusive: elle vient se superposer avec les liens que le bébé établit avec d'autres, notamment le père.

A. C. D'ailleurs, l'idée de fusion entre mère et bébé est de plus en plus contestée. La symbiose est une reconstruction psychanalytique, un paradigme qui n'a jamais existé, sinon dans le rêve d'un adulte malheureux allongé sur le divan d'un psy. Quand on a commencé à observer le bébé tel qu'il est, on réalise que cette vision ne tient pas.

Vous dites même que cette fusion, quand elle existe, est d'ordre pathologique...

A. C. Oui, ce sont les cas où la mère coupe tout accès au bébé et appauvrit ainsi considérablement son champ d'exploration, d'acquisition de connaissances.

Un bébé entouré par de nombreuses personnes se développerait donc mieux?

E. F. Oui. Il faut savoir que le bébé se sent probablement lui-même déjà dans la matrice. Tout petit déjà, il a une capacité innée à se distinguer des autres pour connaître un objet, il le manipule. Pour connaître une personne, il l'imite. Et des travaux américains montrent qu'une bonne triade de base a une implication claire sur la compétence sociale à venir: l'enfant aura appris à créer des liens avec des gens différents, à tenir compte des relations des autres et aussi à les influencer. Il sentira d'emblée la place qu'il peut occuper.

Inutile donc que papa cherche à imiter maman?

E. F. Vous savez, toutes les études qui se sont penchées sur les rôles maternel et paternel ont conclu qu'il y avait plus de similarités que de différences. On peut dire en gros que les mères sont souvent un peu plus calmes et didactiques, alors que les pères sont plus ludiques...

A. C. En manipulant un globe, une mère aura tendance à faire boire le petit, alors que le père se le mettra sur la tête en guise de chapeau.

E. F. Mais l'important n'est pas de faire le décompte de qui change la couche combien de fois. L'important est que l'enfant se sente intégré dans un système familial. Il a besoin de diversité, dans les relations et les tempéraments. Ainsi il s'amuse plus et il apprend mieux.

On en revient à l'appel aux pères, afin qu'ils s'impliquent dans la vie du petit.

A. C. Il est important que les familles réalisent qu'un père peut jouer un rôle précoce, qu'il est utile qu'il s'implique affectivement. Et nul besoin, comme on l'entend encore parfois, d'attendre que l'enfant sache parler. Le père peut y aller, il peut se laisser séduire. L'enfant sait rendre la pareille. Il sait partager son attention et ses émotions avec ses deux parents.

E. F. C'est l'affection à trois.

A. C. Comment les entretiens que vous menez actuellement avec des couples avant même l'arrivée du bébé?

A. C. Nous voyons effectivement des couples lors de la grossesse et leur demandons d'opérer la même succession de séquences que les familles, mais avec un bébé simulé, une poupée en chiffon moule, du poids d'un nouveau-né.

Mais une situation aussi artificielle ne peut rien révéler!

A. C. Oh si! Nous postulons que cette invitation au jeu fait appel à la connivence du couple. Savent-ils rire ensemble? Se gênent-ils l'un devant l'autre? Comment manifestent-ils leur affection l'un pour l'autre? Car au fond, l'espace du jeu est celui qu'ils préparent à l'enfant.

E. F. Et la corrélation est très très forte entre les couples qui fonctionnent bien tout seuls et ceux qui fonctionnent bien en tant que parents.

A. C. Nous n'avons encore là-dessus que des résultats provisoires, mais il est évident que l'enfant sent parfaitement l'harmonie, la bonne coordination entre ses parents et la place qu'il est censé occuper dans la famille.

Propos recueillis par Renata Libal

Alliance problématique



Le père joue avec le bébé, mais la mère ne peut s'empêcher d'intervenir. Bingo: le petit détourne son regard vers elle. Mais il ne sait plus ce que l'on attend de lui et le père aura toutes les peines du monde à recapter son attention.



Le père aussi donne dans la compétition: au lieu de laisser l'enfant et la mère jouer, il cherche à capter son attention, en lui faisant des grimaces. La mère le sent, puisque son expression est fermée. Scénario classique: la mère se fâche, éventuellement contre l'enfant. Le bébé ne peut comprendre ce qu'on attend de lui et contribue sans le vouloir à aggraver l'escalade entre les parents. D'ailleurs, le visage du garçonnnet affiche déjà une moue terrible: il suce ses lèvres, boudant.

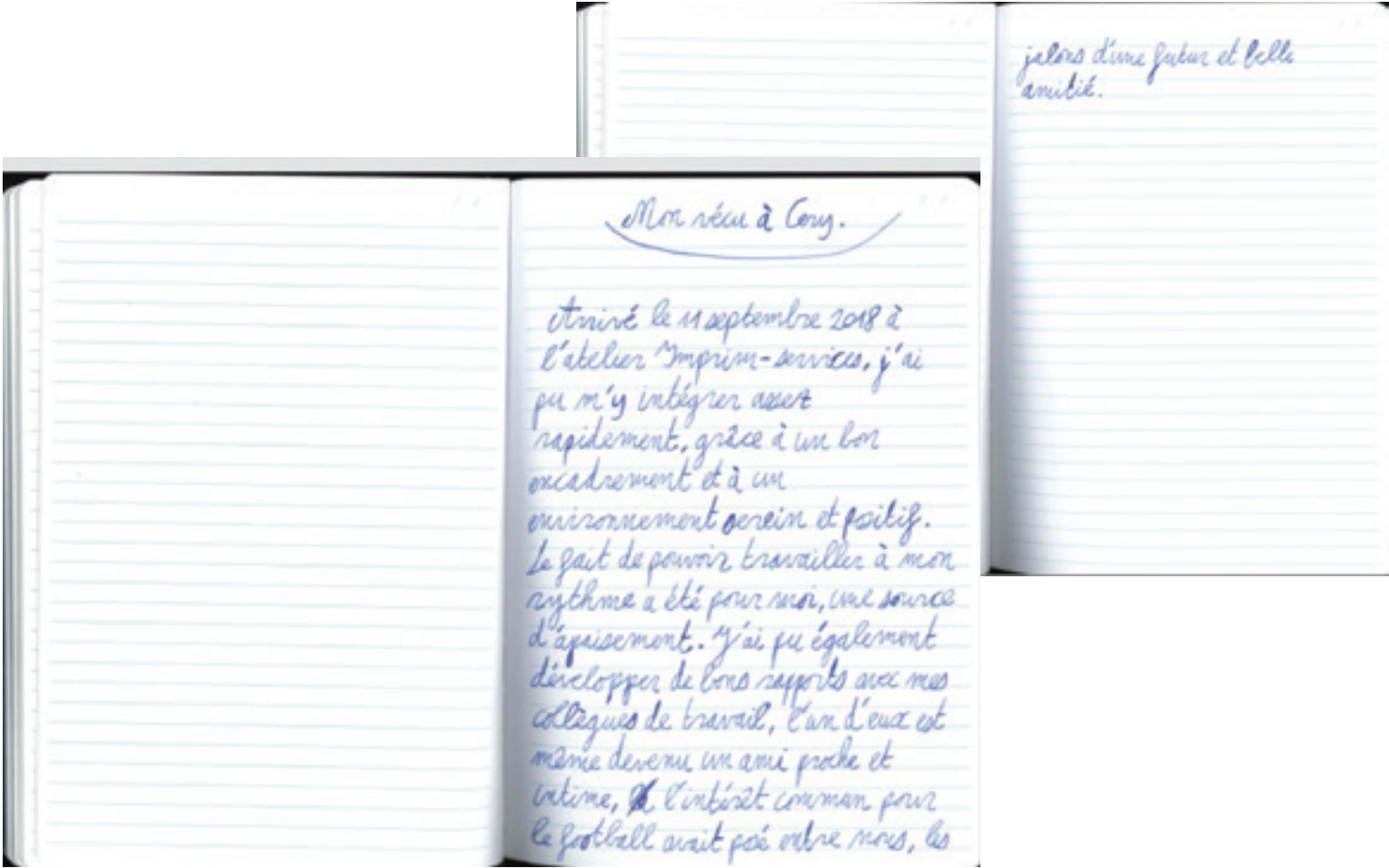
*«The Primary Triangle», Elizabeth Fivaz-Depeursinge and Antoinette Corboz-Wormery, New York, Basic Books, 1998, 208 p.

L'HEBDO • 24 juin 1999 69

Une interview de Fivaz et Corboz sur la *Lausanne Triadic Play* (LTP). *L'Hebdo*, 24 juin 1999.

Cédric

Mon vécu à Cery
(2024)



L'étude minutieuse des LTP d'échantillons de familles cliniques, comparés aux LTP de familles non-cliniques, en longitudinal, a abouti à très long terme à pouvoir utiliser le LTP comme un instrument d'évaluation de l'alliance familiale. Ce modèle continue son développement dans l'Institut de psychothérapie du CHUV et à l'Université de Genève (UNIGE). Il est actuellement largement utilisé dans un réseau international de recherche et d'intervention auprès des familles avec enfants de 0 à 5 ans.

Tous ces éléments ont aussi contribué à l'enseignement auprès des thérapeutes de famille, que nous avons co-organisé, avec Nicolas Duruz et Elvira Pancheri, tout au long de ces années.

C'est donc grâce aux directions successives de l'hôpital de Cery des années 1970 à 2004 qui ont constamment soutenu l'ouverture vers la collaboration interinstitutionnelle et interdisciplinaire, avec le soutien continu du Fonds national suisse de la recherche, que s'est développée durant près de 30 ans une nouvelle approche, systémique-développementale. Nous en sommes très reconnaissantes.

Françoise Schenk

Conduire des recherches en psychophysiologie

Durant ma licence, j'ai étudié la biochimie et la physiologie et j'ai eu un vrai coup de foudre pour la seconde. J'ai donc décidé de faire une thèse dans ce domaine. C'était le début des psychotropes et la première proposition qu'on m'a faite était de mesurer l'activité chez de petits rongeurs, un sujet à la mode à cette époque dans les boîtes pharmaceutiques. J'aspirais cependant à me rapprocher de la «vie ordinaire», mettre en relation mon sujet d'étude avec d'autres principes fonctionnels. Surtout, **je voulais réaliser un travail dont je puisse parler ailleurs, qui ait une signification exportable et transposable. De mon point de vue, l'interdisciplinarité est très féconde en ce qu'elle permet de mutualiser la réflexion et repenser les bases de sa propre discipline.**

Convaincue qu'une sorte de continuité entre espèces contribue à inscrire l'animal dans l'environnement en ancrant celui-ci dans sa mémoire, je me suis intéressée à l'orientation et la mémoire spatiale, avec pour clé de lecture l'idée que le comportement est une expression de la capacité adaptative des animaux, humains compris. J'ai donc consacré ma recherche doctorale à étudier le comportement des mulots sylvestres et ses inscriptions temporo-spatiales. Les approches quantitativistes tendaient à s'imposer avec l'idée que le nombre fait preuve et garantit l'exactitude de l'expérience. Ce dont je doutais déjà. En outre, le fait d'étudier des rongeurs sauvages m'avait convaincue de me contenter d'un contrôle minimal sur les conditions expérimentales pour tirer profit de leurs stratégies adaptatives spontanées. Cela m'a permis d'échapper aux grandes études de collectifs nombreux de rongeurs calibrés et standardisés. Chacun de mes mulots était un individu que je pouvais observer et comparer à d'autres.

Ce principe d'observer sans prétendre contrôler et intervenir est à mon sens le véritable garant d'une recherche fructueuse parce qu'il rend possible une réflexion profonde, conduite dans un temps partagé avec l'animal et qui favorise la compréhension de la signification du résultat de l'expérience ; peut-être mieux qu'une analyse rigoureuse et méthodologiquement exemplaire de données statistiques. Par l'observation, quelque chose passe de l'observé à celui qui observe. C'est tout du moins dans cet esprit que **j'ai travaillé, avec le désir de voir par moi-même, afin d'appréhender le comportement dans le temps de l'individu observé. Je pense que cet aphorisme vaut pour la psychophysiologie comme pour la psychologie et la psychiatrie, puisque ces disciplines impliquent toutes d'interroger des comportements non verbaux, qu'ils soient animaux ou humains.**

Et puis, au début des années 2000, l'animalerie de l'Institut de physiologie a été déménagée à Cery. L'heure était aux approches translationnelles et mon groupe et moi avons rejoint le CNP. C'était une animalerie d'une taille raisonnable, qui ne comptait pas un très grand nombre d'animaux, car, justement, nous effectuions un travail très individualisé, personnalisé avec un animal qu'on suivait, surtout des rats et peut-être quelques souris. La première collaboration s'est faite avec Kim Do autour de l'hypothèse glutathion (*voir les témoignages de François Borgeat p. 60 et de Pierre Magistretti p. 131*). Avec une doctorante en neurosciences, Delphine Preissmann, nous avons approfondi l'étude des troubles cognitifs chez des rats rendus vulnérables aux processus inflammatoires par manque de protection contre l'oxydation durant leur développement postnatal. Les résultats étaient d'une riche complexité et auraient demandé à être complétés.

Sur le site de Cery, une collaboration a aussi été menée avec l'équipe du retard du développement, nouvellement installée dans des locaux voisins. La psychologue Fabienne Giuliani avait fait sa thèse de doctorat avec des souris modèles Alzheimer, un travail pour lequel elle avait établi un protocole d'expérimentation visant à tester leur mémoire attentionnelle. Elle l'a mis en œuvre avec des patient.es qu'elle suivait et dont elle avait la confiance, en prenant comme groupe de contrôle des soignant.es. Et les patient.es ont eu de meilleurs résultats, peut-être du fait que leur état les contraind à avoir une attention au monde accrue. C'était vraiment intéressant de comparer l'animal à l'être humain et surtout de voir la supériorité des patient.es dans cette tâche.

Ce genre de collaboration n'a pas toujours été évidente. L'un des problèmes était qu'on croyait que la translation se fait de l'animal à l'humain, ce qui suscitait beaucoup de réticences. Mais selon moi, elle peut se faire des humains aux animaux, avec des cadres de pensées différents, toujours ajustés aux capacités adaptatives évaluées. Une «translation» aussi objective que possible. On identifie un problème humain, on l'extrait, on le transpose à l'animal et on expérimente afin de mieux le comprendre.

Une telle perspective interdisciplinaire a toutefois pu être mobilisée autour de la question du vieillissement cérébral. On a proposé des formations continues et beaucoup publié, notamment un manuel en 2004 qui s'est rapidement épuisé⁸⁴. C'était stimulant de montrer qu'on peut regarder ce phénomène au niveau des neurones, de la personne, de ses compétences mnésiques, tous ces aspects qui font partie du même processus. C'était bel et bien du translationnel. On a fait des tests avec des patient.es atteint.es d'amnésies, et puis transposé nos résultats pour expérimenter avec les animaux. On a passablement recouru à un dispositif astucieux inventé par un collègue écossais consistant en un bassin où l'eau était opacifiée avec du lait et disposant d'une petite plateforme immergée. Le rat nageait pour la trouver, puis observait son environnement et était capable de se souvenir de son emplacement. On a aussi utilisé un labyrinthe avec des tunnels, qu'on a fabriqué nous-mêmes. C'est la tradition en physiologie et nous construisions toujours nos dispositifs sur place. Il s'agissait d'expérimenter la mémoire et

la représentation spatiale des rongeurs pour comprendre comment l'animal recompose une vision complète du monde d'après sa perception d'espaces segmentés. C'étaient des réflexions très enrichissantes, qui ouvraient des pistes vraiment prometteuses, qu'on a explorées ensemble, mon groupe et moi, avec une vision partagée de ce que devait être la recherche et des résultats que nous souhaitions privilégier.



Cette tapisserie réalisée par une patiente anonyme de Cery dans les années 1930 a été présentée au côté d'œuvres d'Aloïse lors de la dernière leçon clinique de Steck en juin 1960. Eva Steck-Dürrenmatt a assuré sa conservation. Elle vient d'être offerte par la famille Steck au DP-CHUV.

84 Schenk/Leuba/Büla
2004.



Un paysage suisse typique selon une image publicitaire des années 1880. En l'occurrence, il s'agit d'une vue prise depuis les hauts de Davos, sur la fameuse « montagne magique » qui a inspiré Thomas Mann (*Der Zauberberg*, 1924). Dans son roman, Mann met en scène la double valence psychologique associée à la Suisse : d'un côté, les propriétés curatives du pays, de l'autre, leur potentiel addictif, susceptible de provoquer la nostalgie de quiconque s'en éloigne. Venu rendre visite quelques semaines à un cousin traité dans un sanatorium, le héros se montre ainsi incapable de partir pendant plusieurs années. Seule la guerre parviendra à le déloger de la montagne et à rompre la magie helvétique.

Par Aude Fauvel

La nostalgie : un mal typiquement suisse ?

Les Suisses souffrent-ils plus que d'autres du mal du pays ? Sont-ils si attachés à leurs lacs et leurs montagnes qu'ils ne pourraient supporter d'en être éloignés ? C'est en tous cas ce que de nombreuses personnes ont prétendu, à commencer par les Suisses eux-mêmes. Si le *spleen*, cette sourde langueur qui saisit l'âme lorsqu'il pleut en automne et que les jours décroissent, est une souffrance dont les Anglais se considèrent davantage atteints, la nostalgie, elle, a bien été assignée aux Helvètes au 17^e siècle. Mais pourquoi exactement ? Qu'est devenu ensuite ce diagnostic ? Et quel rapport avec Cery ? C'est ce que ce texte propose de découvrir.

Le mal du pays des soldats helvétiques

Le terme « nostalgie » fut utilisé et défini pour la première fois en 1688 dans une thèse de médecine soutenue par le D^r Johannes Hofer (1669 – 1752) à l'Université de Bâle⁸⁵. Hofer forgea ce néologisme à partir de racines grecques (en combinant nostos/νόστος et – algie/ἄλγος) pour faire entrer le « mal du pays » dans le vocabulaire médical. En résumé, celui ou celle qui souffre de nostalgie est travaillé par le désir lancinant de vouloir revenir sur ses terres natales. Et qui souffrait de cela à l'époque d'Hofer ? Les Suisses et, plus précisément, les hommes suisses qui devaient alors souvent s'expatrier pour exercer leurs talents militaires. Comme le notait Hofer, la maladie était si fréquente chez les Suisses qu'ils avaient même un mot populaire pour la désigner : *Heimweh*⁸⁶.

L'art de la guerre fut le premier domaine pour lequel les Helvètes se firent connaître à l'étranger. Dès le serment de 1291, les cantons alliés avaient perçu l'intérêt de monnayer des services guerriers dans une Europe divisée, où l'on passait son temps à s'affronter au gré de conflits politiques, religieux, économiques ... En s'offrant comme mercenaires à qui les rémunéraient suffisamment, les Suisses ne s'assuraient pas seulement une source de revenus, ils garantissaient aussi leur indépendance : ils obtenaient de ceux à qui ils se louaient d'être laissés en paix (du moins en principe ...).

85 Hofer 1688.

86 Ce mot est généralement traduit par « mal du pays » ou, aujourd'hui, par nostalgie.

Cependant, outre la possibilité, non négligeable d’être estropié ou tué lors de batailles, cette activité avait un autre défaut : elle impliquait, par définition, de passer de longues périodes à l’étranger. Or, d’après le D^r Hofer et pour tous les médecins qui reprirent ensuite son néologisme, c’était là que le bât blessait. Car toute personne normalement constituée finissait par souffrir du mal de pays, quand elle s’éloignait trop longtemps hors des frontières de sa patrie.

Les occupations guerrières des Suisses les auraient donc conduits à éprouver la nostalgie plus souvent que d’autres peuples. Outre ce biais lié à leurs activités militaires, ils étaient, de plus, désavantagés par « l’excellence » de leur milieu natif. Car si tout expatrié pouvait ressentir des difficultés à être séparé de sa terre d’origine, les Helvètes en souffraient plus que les autres. D’après les médecins du 18^e siècle puis du 19^e siècle, en raison de ses montagnes et de son altitude, la Suisse possédait en effet un environnement et un air aux propriétés uniques. Déplacés dans des régions de plaine et devant, de surcroît, stationner parfois de longs mois sur des champs de bataille désolés et traversés par des vents viciés, les Helvètes étaient par conséquent davantage atteints par le différentiel que ces lieux présentaient avec leur contrée natale. En d’autres termes, la Suisse était si extraordinairement salubre que ses habitants tombaient forcément malades quand ils visitaient des pays moins dotés.

L’invention et l’appropriation de la nostalgie par les milieux médicaux suisses et européens eut deux implications. Elle ouvrit, d’abord, à un adoucissement du traitement des soldats. Être soldat et se montrer inapte au combat, revenait auparavant à être couvert de honte et pouvait valoir une condamnation. Que ce soit pour les soldats de Suisse ou pour ceux d’autres pays, le diagnostic de nostalgie offrait une possible porte de sortie : qu’un homme n’arrive plus à se battre n’était plus forcément un signe de lâcheté, c’était peut-être le symptôme d’une pathologie. D’autant que la maladie n’était pas à prendre à la légère. Pour les médecins la nostalgie était un trouble grave, pouvant même conduire à la mort. Une légende, tenace, raconte que les Français avaient si peur que les Suisses contractent le mal du pays, qu’ils refusaient qu’on joue le *Ranz des vaches* dans les armées napoléoniennes. Les recherches minutieuses menées par l’historien Thomas Dodman⁸⁷ n’ont pas permis de trouver trace d’une telle interdiction. Mais si la prohibition de l’hymne non officiel des Helvètes est *a priori* une invention, il est vrai, en revanche, que les médecins militaires français étaient très alarmistes sur les effets délétères de la nostalgie. Certains estimaient même qu’elle était la deuxième cause de mortalité des soldats après le combat actif. La catégorie relève ainsi de la longue histoire des diagnostics psychiatriques suscités par le contexte militaire. Comme, plus tard, le *shell shock* puis le syndrome de stress post-traumatique (PTSD), elle fut utilisée pour mitiger des sanctions et améliorer l’ordinaire des soldats.

En plus de son incidence sur les corps d’armée, la nostalgie eut une autre conséquence : elle contribua à faire de la Suisse une destination touristique prisée. Par un tour de passe-passe astucieux, ce qui aurait dû apparaître comme un défaut majeur – la propension des Helvètes à tomber malades dès qu’ils restaient trop longtemps à l’étranger – fut transformé en argument publicitaire par les Suisses eux-mêmes. La Suisse bénéficiait de qualités telles qu’on pouvait mourir d’en être séparé. À l’inverse, cela voulait donc également dire qu’on pouvait si ce n’est revivre, du moins se sentir beaucoup mieux si on y passait du temps. Outre les médecins, à l’orée du 19^e siècle les

artistes romantiques se mirent aussi à louer les qualités salutaires de la nature et des montagnes helvétiques. Portée par ces discours flatteurs, la Suisse commença dès lors à attirer davantage de voyageurs et, notamment, des malades attirés par son « bon air ».

De la nostalgie à la dépression, en passant par la mélancolie

Que devint ensuite la nostalgie suisse ? Après la période napoléonienne, les nations européennes changèrent de modèle militaire, les nouvelles armées faisant de moins en moins appel à des soldats extérieurs rémunérés. En outre, au cours du 19^e siècle, les Suisses trouvèrent de nouveaux débouchés économiques : le secteur bancaire, le tourisme, l’industrie de la santé ou celle du luxe. Ces activités se révélèrent à la fois plus rentables et plus sûres, les guerres économiques causant moins de blessures que les conflits armés. Avec la fin du mercenariat, les Suisses perdirent donc leurs habitudes d’expatriés et, par voie de conséquence, leur réputation de malades géographiques. Quant au mot nostalgie, sa signification se flouta, puis se perdit au fil du temps, pour devenir un quasi synonyme de mélancolie. Aujourd’hui, la coloration d’une douleur particulière liée à l’éloignement s’est effacée de son usage. Si la nostalgie porte encore partiellement un sens de déplacement, c’est d’un déplacement temporel dont il s’agit et non géographique : on a la nostalgie des jours passés, des jours heureux.

Toutefois, si à l’ère contemporaine l’association entre identité suisse et mal du pays s’est éclipsée de l’imaginaire européen, l’idée que les Helvètes sont plus sombres que d’autres peuples n’a, en revanche, pas disparu. L’un des chefs-d’œuvre de la littérature suisse, *Mars* de Fritz Zorn, alias Fritz Angst (1944 – 1976)⁸⁸, fait même de la mélancolie un élément fondamental de la culture helvétique. Qu’il quitte son pays ou non, le Suisse, coincé dans son quotidien normé, serait par essence nostalgique. Selon Zorn, l’amour du calme et de l’ordre dans lequel tout.e ressortissant.e de la Confédération place sa tranquillité d’âme, causerait en réalité sa chute et son mal-être. Le narrateur de *Mars* relie ainsi l’apparition de son cancer à ce destin national, estimant que son corps se meurt comme s’est fané son esprit : des suites de la tristesse de n’avoir pas su vivre. Quoi qu’il en soit du fondement de cette observation, l’exemple de Zorn n’est qu’une illustration parmi d’autres de ce que les intellectuel.les suisses n’ont jamais cessé de s’intéresser au thème de la nostalgie, bien après la thèse d’Hofer.

Du côté de la médecine, la Suisse continua à tirer profit des vertus que le diagnostic avait peintes en creux. Comme Piergiuseppe Esposito l’a montré⁸⁹, au 19^e siècle, le tourisme médico-sanitaire devint même un pilier de l’économie suisse. L’air pur des montagnes, la salubrité du climat alpin, la qualité (et la discrétion) des soignant.es, rejoignirent les images stéréotypiques du pays, au même titre que les marmottes ou les montres. Or si la Suisse accueillit des malades pulmonaires du monde entier dans ses sanatoriums, elle attira aussi une autre catégorie de patient.es : celles et ceux qui souffraient de problèmes psychiques. On y envoya volontiers les héritier.ères des nostalgiques y retrouver des forces et requinquer leurs esprits. Les « maisons de repos » romandes

⁸⁷ Dodman 2022.

⁸⁸ Zorn 1977.

⁸⁹ Esposito 2017.

À la fin des années 1990 a émergé la volonté, du côté du CHUV et de l’UNIL, de développer les neurosciences en psychiatrie, afin d’explorer de manière non exclusive et complémentaire la pathophysiologie des maladies psychiatriques du point de vue biologique. De là est venue l'idée de créer un centre de neurosciences sur le site de Cery, où des recherches en psychopharmacologie étaient menées depuis longtemps par Baumann, mais où les neurosciences demeuraient absentes. Borgeat venait alors de prendre la direction du DUPA. En tant que chef du DP de l’Université McGill, où l’Institut en santé mentale Douglas comprenait un pôle de neurosciences, il était habitué à voir se côtoyer ces deux domaines et intéressé de développer à Cery ce champ de recherche alors très porteur (*voir le témoignage de François Borgeat, p. 60*).

C’était un peu dans l’air du temps, mais l’idée restait assez avant-gardiste. En dehors de McGill et de quelques autres universités nord-américaines – à Vancouver, Pittsburg, Harvard – ou encore de l’Institut Max-Planck de Munich, peu d’institutions disposaient d’un centre de neurosciences solidement implanté dans un campus psychiatrique. C’est d’ailleurs aujourd’hui encore le cas. En 1998, Stefan Catsicas, professeur de biologie cellulaire et de morphologie à l’UNIL, et moi-même, en tant que professeur de physiologie, avons donc accepté de mettre les ressources de nos deux instituts en commun pour créer un laboratoire de neurosciences à Cery, où Do et Cuénod, qui venaient du Brain Research Institute de l’Université de Zurich, ont pu tout de suite s’installer pour conduire leurs recherches autour de l’hypothèse glutathion. C’était pour ainsi dire un avant-poste, en attendant que soit rénovée la division Acacias, où s’est ensuite installé le premier CNP au début des années 2000. Une sorte de «masse critique» s’est rapidement constituée. On a obtenu le soutien de la Faculté de biologie et de médecine, du CHUV et du Grand Conseil. On a ainsi pu financer une véritable animalerie, établie derrière Les Cèdres.

Le CNP comptait des unités conçues autour de questions cliniques précises. Mon groupe s’intéressait au métabolisme cérébral et au rôle des cellules gliales dans les maladies psychiatriques. Celui de Kim Do, Philippes Conus et Pierre Bovet s’occupait de la schizophrénie. Celui de Ron Stoop travaillait sur les mécanismes neuronaux

étaient notoirement connues sur ce segment d’activité : elles accueillaien (et pour certaines accueillent toujours), les neurasthéniques et les surmené.es d’hier, les victimes de dépression et de *burnout* d’aujourd’hui.

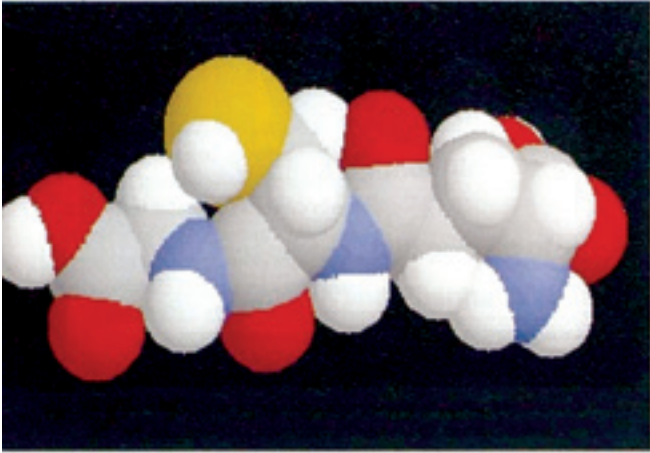
La recherche sur les meilleurs moyens de soulager les symptômes dépressifs trouva ainsi en Suisse, et notamment en Romandie, une terre d’accueil particulièrement favorable. Dans les années 1920, l’hôpital de Cery fut l’un des premiers au monde à tester l’efficacité de l’électrothérapie sur cette problématique. Après la Seconde Guerre mondiale, la Suisse se distingua aussi par ses travaux dans le domaine de la pharmacologie psychiatrique. Au tournant des années 1960, le virage se fit vers une approche multimodale, conjuguant des options thérapeutiques diversifiées, allant de la prise de médicaments à la psychothérapie. C’est dans ce contexte que le célèbre Dr Jean Starobinski (1920 – 2019) termina son assistanat à Cery en 1957 – 1958. Et c’est là aussi qu’il commença à travailler sur sa thèse de doctorat en médecine. Alliant perspectives médicales, littéraires et de sciences humaines, cette étude retraçait la longue histoire du « traitement de la mélancolie des origines à 1900 ». Adoubée par le milieu psychiatrique – elle fut même publiée *in extenso* par le laboratoire Geigy⁹⁰ – cette thèse fut également encensée par les critiques historiques et littéraires. Starobinski s’imposa comme le nouveau spécialiste du sujet. Après sa thèse, il y consacra de très nombreux autres travaux, dont plusieurs études sur la nostalgie⁹¹.

Conclusion

En somme, de Hofer à Starobinski, du 17^e siècle à aujourd’hui, la Suisse est demeurée le centre de la nostalgie. De façon étonnante, d’une souffrance les Helvètes ont su faire une expertise puis une source de prospérité, dans un de ces gestes de retournement magistraux dont leur histoire est coutumière. De nos jours, la psychiatrie suisse porte toujours les traces de cet héritage. La recherche de molécules pouvant soulager les symptômes dépressifs ne s’est pas arrêtée au médicament dont l’image ci-contre faisait la réclame. Depuis les années 1960, l’industrie suisse s’est même imposée comme leader dans le domaine pharmacologique, en particulier dans le secteur des psychotropes. Autre legs historique : la tradition migratoire helvétique. Certes, la situation a changé depuis le temps d’Hofer : à notre époque on a plutôt tendance à se réfugier en Suisse qu’à s’en expatrier. Il n’en reste pas moins que le 17^e siècle et le 21^e siècle ont en commun un intérêt similaire pour les souffrances psychiques associées à la migration. Dans le canton de Vaud, l’Unité Psy&Migrants du Département de psychiatrie du CHUV s’occupe ainsi à l’heure actuelle de faciliter l’accès aux soins psychiatriques des personnes migrantes. Même si ses professionnel.les n’utilisent pas le mot nostalgie, leur travail aurait sans doute été apprécié par Hofer, dont ils sont les lointain.es successeur.es.



La mandragore est une plante traditionnellement attachée aux pratiques magiques et de sorcellerie. Cette image accompagne une publicité pour un médicament « contre la mélancolie » qui paraît dans le journal de l’entreprise pharmaceutique Geigy consacré à la thèse de Starobinski (1960).



GLUTATHION Cette molécule simple (ici sous forme de modèle) est indispensable au bon fonctionnement de notre cerveau.



KIM DO ET MICHEL CUÉNOD Les neuroscientifiques lausannois et leur équipe ont découvert un des facteurs responsables de la schizophrénie.

Une cause de la schizophrénie élucidée

PSYCHIATRIE Des neuroscientifiques lausannois ont découvert qu'une molécule, le glutathion, joue un rôle important dans l'apparition de cette maladie mentale, encore très mystérieuse. Par Elisabeth Gordon.

«Un effondrement central de l'âme.» C'est par ces mots qu'Antonin Artaud exprimait sa douleur, lui qui souffrait très vraisemblablement de schizophrénie. Cette «effroyable maladie de l'esprit», comme la qualifiait l'écrivain français, est un mal toujours tabou, dont les causes sont encore largement inconnues. Une partie du mystère a toutefois été élucidée par les chercheurs du Laboratoire universitaire de neurosciences psychiatriques (LUNEP) du CHUV, qui ont découvert l'un des facteurs de trouble: le glutathion. Une molécule indispensable au bon fonctionnement de notre cerveau, et dont le déficit provoque la maladie mentale. Ce qui n'était encore qu'une hypothèse il y a quelques années vient d'être récemment amplement confirmé, ouvrant la voie à un dépistage précoce de la maladie et, à terme peut-être, à de nouveaux traitements.

Délires, hallucinations, perte de l'identité, graves

troubles du comportement ou de la communication: les symptômes de la schizophrénie, dont souffrent quelque 60 000 personnes en Suisse, sont bien connus. En revanche, les causes de ce mal qui se déclenche le plus

«Pour traiter les schizophrènes, on fait ce qu'on peut avec ce qu'on a.»

Kim Do Cuénod, directrice du Laboratoire universitaire de neurosciences psychiatriques

souvent à la sortie de l'adolescence, le sont beaucoup moins. Il ne fait pas de doute que la génétique joue un rôle important dans l'affaire, puisqu'un enfant dont un des parents est touché a un risque douze fois accru d'être atteint à son tour. Autre

signe qui ne trompe pas, l'observation des vrais jumeaux: si l'un d'eux est schizophrène, l'autre a une probabilité de 50% de l'être aussi. D'ailleurs, deux gènes de vulnérabilité à la maladie ont déjà été mis en évidence. Mais la génétique n'explique pas tout. Une infection de la mère pendant la grossesse ou des complications néonatales, de même que des facteurs psychologiques et sociaux, semblent aussi intervenir. L'affection se développe alors lentement durant l'adolescence, restant à l'état latent jusqu'à ce qu'une situation de stress accélère son déclenchement et l'apparition de crises. «Le stress n'est pas responsable de la maladie, précise Michel Cuénod, ex-directeur du Centre de recherches sur le cerveau à Zurich et consultant au LUNEP. Mais il joue un rôle aggravant au moment où elle se déclare.»

Quoi qu'il en soit, pour Kim Do Cuénod, responsable du Laboratoire, et pour son

mari, cela ne fait aucun doute: «une atteinte biologique est un des facteurs nécessaires à l'apparition de la schizophrénie et des troubles apparentés». Forts de cette certitude, les neuroscientifiques se sont mis à la recherche des facteurs biologiques en question et, parmi eux, le glutathion leur a paru un bon candidat. Comment ont-ils eu la puce à l'oreille? «Plusieurs de nos collègues avaient observé qu'il y avait un problème de stress oxydatif chez les schizophrènes», répond Kim Do Cuénod. En d'autres termes, on savait que des dérivés très actifs et toxiques de l'oxygène (les radicaux libres) provoquaient des dommages dans le cerveau. «Mais personne n'expliquait l'origine de ce phénomène.»

SUSPECT DÉMASQUÉ C'est alors que les époux Cuénod et leurs collègues ont énoncé ce qu'ils qualifient «d'hypothèse du glutathion». Cette molécule est en effet un anti-oxydant notoire, qui protège le cerveau contre les radicaux libres. Lorsqu'elle est produite en quantité insuffisante dans le cortex préfrontal – cette zone du cerveau située derrière le front et qui abrite nombre de fonctions cognitives – les produits oxydants nocifs ont le champ libre pour provoquer leurs dommages. Sans compter que le glutathion intervient aussi dans la plasticité des neurones

à l'origine des émotions. Deux groupes étaient aussi soutenus par la pédopsychiatrie, avec Jean-René Cardinaux et Benjamin Boutrel, qui traitait pour sa part des problèmes d'addictions. Geneviève Leuba, rattachée à la psychogériatrie, étudiait la maladie d'Alzheimer dans une perspective neuropathologique. Enfin, la psychopharmacologie était toujours présente avec Baumann, puis Chin Eap, qui lui a succédé et a contribué à connecter ce domaine aux aspects neuroscientifiques. On a aussi établi une passerelle avec le Brain Mind Institute (BMI), où travaillaient des fondamentalistes qui pouvaient ainsi bénéficier de ressources cliniques.

Puis est venu le grand projet de reconstruction de Cery. Le bâtiment de neurosciences a été le premier à voir le jour en 2017, comprenant quatre étages entièrement dédiés au CNP, avec laboratoires et inputs pour la recherche. De nouveaux groupes sont arrivés: celui de Nicolas Toni, travaillant sur la neurogenèse et ses liens à la dépression; celui de Paul Klauser sur la schizophrénie. Et, depuis 2023, Pierre Marquet se consacre aux biomarqueurs précoces des maladies psychiatriques en mobilisant des techniques de pointe. Notamment celle des cellules pluripotentes, qui permet de redifférencier par exemple des cellules du derme en cellules gliales ou en neurones.

Il y a évidemment un aspect pratique à installer un centre de neurosciences sur le site de Cery. Cela permet d'être proche de la patientèle et de pouvoir réaliser plus aisément certains tests. Mais plus encore, **cela a selon moi des avantages indéniables au niveau culturel.** Avoir une coexistence entre la clinique et la recherche, des interactions permanentes, à la cafétéria, lors de séminaires conjoints, cela rassemble les acteurs et actrices en un seul corpus de gens travaillant ensemble, dans un but partagé. **Une culture commune s'élabore.** Des perspectives s'ouvrent aux jeunes générations de clinicien. nes initié. es aux neurosciences, en pouvant susciter des vocations.

S'est ainsi créé un environnement et un esprit qui ont permis d'initier un pôle de recherche national (PRN). En 2010 a été lancé le NCCR SynaPsy, soutenu par le FNS par un budget de plusieurs millions de francs, porté également pendant 12 ans par l'EPFL, l'UNIGE, l'UNIL, le CHUV, les Hôpitaux universitaires genevois (HUG) et le Friedrich Miescher Institute à Bâle, voué à étudier les fondements biologiques des maladies mentales pour améliorer les traitements et les diagnostics. Et je pense que Cery et son CNP en ont été l'embryon fondamental.

SynaPsy a été conçu comme un pôle de projets de psychiatrie, mené par la psychiatrie. Le processus partait de la clinique avec les caractérisations des patient. es et les études fondamentales permettaient d'approfondir la compréhension des mécanismes sur la base des indications cliniques. Il reposait sur des cohortes déjà constituées, notamment à Lausanne: celle des patient. es schizophrènes suivis par Do, Conus et Bovet; celle, longitudinale, de patient. es bipolaires et leurs enfants que suivait Martin Preisig depuis les années 1990 et qui était vraiment unique parce

Mise en valeur des recherches du laboratoire de neurosciences psychiatriques, (suite p. 135).
L'Hebdo, 10 février 2005.
(suite p. 135)

ENTRETIEN

133

qu'elle constituait, au fond, un bassin enrichi en vulnérabilité, permettant d'identifier des marqueurs précoces ; celle de stress périnatal lancée par François Ansermet ; celle, genevoise, des troubles du spectre de l'autisme ; et celle, également genevoise, dite 22Q11, une maladie génétique prédisposant notamment à la schizophrénie. Ces cohortes constituaient le cœur clinique du NCCR, sur lequel des fondamentalistes se greffaient par des modèles animaux, des approches d'imagerie, etc. Donc un NCCR piloté par la psychiatrie, à l'interface de la clinique et des neurosciences, qui a engendré quelque chose de structurel, qui continue avec ce qui est devenu à son terme en 2022 le Centre Synapsy pour la santé mentale hébergé par l'UNIGE.

À mes yeux, l'un des plus grands succès de SynaPsy a été de faire éclore une nouvelle génération de psychiatres comprenant les neurosciences, qui sont de bons neuroscientifiques, à Genève comme à Lausanne. Pour moi, le partenariat des neurosciences et de la psychiatrie, concrétisé par l'installation du CNP à Cery, la création d'une passerelle avec le BMI et l'impulsion de SynaPsy a contribué à établir quelque chose de solide au niveau culturel. D'une curiosité dans les années 2000, les neurosciences psychiatriques sont devenues partie intégrante du DP vingt ans plus tard.



Plaquette Concours d'intervention artistiques CNP, CITs CHUV (2017)



Plaquette CNP, CITs CHUV (2019)



Construction du CNP (time-lapse)



NCCR SynaPsy

ce qui implique que, lorsqu'il est en déficit, les capacités d'apprentissage sont affectées. Cette substance intervenant à la fois dans la morphologie et le fonctionnement du cerveau, il était donc logique de suspecter qu'elle jouait un rôle important dans l'apparition de la schizophrénie.

Ce qui n'était encore pour eux qu'une hypothèse au milieu des années 90 a, depuis, été largement confirmé par l'équipe de Cery. Des analyses biochimiques et des techniques d'imagerie cérébrales, pratiquées sur des schizophrènes qui n'avaient pas été traités par des médicaments, ont montré que le liquide céphalo-rachidien des malades renfermait entre un tiers et moitié moins de glutathion que celui des sujets des groupes témoins, non affectés par la maladie.

Un autre indice est venu de l'observation de rats en développement, chez lesquels les chercheurs avaient bloqué la formation du glutathion pendant dix jours. Résultat: leur cerveau ressemblait étonnamment aux encéphales des schizophrènes, observés post-mortem. On y observait une même diminution du nombre des «épines dendritiques», ces fines structures qui assurent les connexions entre les neurones. En outre, le manque de glutathion avait modifié le comportement des rongeurs qui avaient un plus grand mal à reconnaître des objets qu'on leur avait auparavant montré, signe que leur mémoire avait été affectée. Ces «symptômes» sont apparus chez les mâles âgés de deux mois et chez les femelles ayant un mois de plus. «Cela correspond plus ou moins à ce que l'on observe chez les patients», précise Michel Cuénod, les hommes ayant généralement leurs premières poussées lorsqu'ils ont une vingtaine d'années et les femmes cinq ans plus tard.

Et comme si cela ne suffisait pas à confirmer leur hypothèse, les chercheurs vaudois en ont apporté une nouvelle preuve très récemment (les

«Les coûts directs engendrés par la schizophrénie en Suisse représentent le budget de l'armée.»

Michel Cuénod, consultant au Laboratoire universitaire en neurosciences psychiatriques

résultats sont en cours de publication). Ils viennent de découvrir que des gènes présidant à la production de glutathion «s'expriment» moins bien chez des patients schizophrènes.

Tout concorde donc pour désigner la fameuse molécule comme un des fauteurs de trouble. Mais quels bénéfices pourraient en tirer les patients? Dans un premier temps, sans doute, un dépistage précoce de la schizophrénie. Ce serait déjà un grand pas. Jusqu'ici, il était en effet quasiment impossible de détecter une maladie psychiatrique avant l'apparition de ses premiers symptômes, car «on ne disposait pas de biomarqueurs», précise la directrice du laboratoire de Cery. Il n'existait aucun indicateur biologique mesurable qui, à l'instar du taux de sucre chez un diabétique, permettait de prédire l'apparition de la maladie et de suivre son évolution. Pour la schizophrénie, le glutathion semble un indice exploitable. Après avoir analysé des échantillons de peau, de sang et de plasma sanguins prélevés sur une petite centaine de personnes, les neurobiologistes ont réussi à déterminer lesquels d'entre eux étaient les schizophrènes et ceux qui ne l'étaient pas. Le taux de réussite n'est pas parfait, mais il dépasse malgré tout 80%.

QUEL TRAITEMENT? Reste qu'il ne sert pas à grand-chose de dépister les personnes à risque si l'on n'a pas de traitement efficace à leur proposer. Bien sûr, on dispose de neuroleptiques, antidépresseurs ou antidépresseurs qui réduisent la fréquence et la gravité des crises de schizophrénie. Mais «leurs effets secondaires

sont trop importants pour qu'on puisse les prescrire à des gens dont on est pas totalement sûr qu'ils développeront la maladie», précise Kim Do Cuénod. Avant de se lancer dans le traitement précoce, mieux vaut donc peaufiner les tests de dépistage.

A moins de trouver de nouveaux médicaments plus inoffensifs. Et pourquoi pas le glutathion lui-même: puisque les malades en manquent, pourquoi ne pas simplement leur en donner? En fait, cela ne marcherait pas, car la substance ne traverse pas la barrière hémato-cérébrale, qui protège le cerveau contre de nombreuses substances véhiculées par le sang. En revanche, rien n'interdirait de prescrire un précurseur de la molécule, qui serait capable de pénétrer dans le cerveau et d'y fabriquer du glutathion. Pour s'en assurer, l'équipe vaudoise est en train de lancer les premiers essais cliniques en collaboration avec des chercheurs et médecins australiens.

Même en cas de succès, ce genre de traitement ne sera pas forcément la panacée. D'autant que le déficit en glu-

tathion n'est certainement pas à l'origine de toutes les formes de schizophrénie. Intervient-il dans un grand nombre de cas? «Il est encore trop tôt pour le dire», précise Michel Cuénod; mais, ajoute aussitôt son épouse en se référant à des études préliminaires, «ce n'est sûrement pas négligeable».

La piste du glutathion mérite en tous cas d'être suivie, d'autant que les médecins sont assez démunis face à la maladie mentale. «On fait ce qu'on peut avec ce qu'on a», comme le dit Kim Do Cuénod. Et les moyens, médicamenteux ou psychothérapeutiques disponibles ne suffisent pas à libérer les malades et leur entourage de leur fardeau. Nâ à diminuer les coûts directs de la maladie qui s'élèvent en Suisse de 50 000 à 60 000 francs par patient et par an, ce qui représente une dépense annuelle de 3 à 4 milliards de francs. «Autant que le budget de l'armée», souligne Michel Cuénod.

Le couple de neuroscientifiques mise donc sur la recherche et, comme bon nombre d'équipes en manque de fonds publics, il a créé une fondation, «Alamaya». En langue indienne des Andes, cela signifie «espérance de miracle». «Des miracles», précise la directrice du LUNEP; nous en espérons deux: découvrir des médicaments plus efficaces contre la schizophrénie et, ajoute-t-elle en souriant, trouver de l'argent pour pouvoir le faire.» I

Mise en valeur dans la presse des recherches du laboratoire de neurosciences psychiatriques, *L'Hebdo*, 10 février 2005.



PARTIE 4

L'art à Cery. Une histoire extraordinaire

Entretiens

Pierre Dominique Scheder 153 - 156

Jon Monnard 157 - 158

Éric B. 159

Sybil 160 - 161

Contributions scientifiques

Florence Choquard 137 - 145

Élodie Murtas 146 - 152

Par Florence Choquard

Hans Steck, le psychiatre qui collectionnait les œuvres des patient.es

Directeur de l'asile psychiatrique de Cery, où il travaille depuis 1920, à partir de 1936, Hans Steck s'intéresse d'emblée aux productions langagières et picturales de certains patient.es. Il pose un regard à la fois de clinicien, de chercheur et d'amateur d'art, orientant non seulement les diagnostics, les indications thérapeutiques et les publications scientifiques, mais également son geste de collectionneur et de passeur dans l'espace muséal de certaines œuvres de patient.es auteur.es. Il s'inscrit dans le sillage de psychiatres tels que Marcel Réja (1873 – 1957), Walter Morgenthaler (1882 – 1965), Hans Prinzhorn (1886 – 1933), Jean Vinchon (1884 – 1964), Charles Ladame ou encore Gaston Ferdière (1907 – 1990).

Jusqu'en 1960, avec l'aide des soignant.es, sont conservées les productions de 44 patient.es dont celles de Jules Doudin (1884 – 1946) et Aloïse Corbaz (1886 – 1964) dont la qualité artistique retient l'attention de Jean Dubuffet (1901 – 1985), artiste et fondateur de la CAB à Lausanne en 1976. C'est par l'entremise de Jacqueline Porret-Forêt (1916 – 2014), médecin généraliste devenue la spécialiste de l'œuvre de Corbaz, que Dubuffet rencontre l'artiste brut : les dessins d'Aloïse entrent dans sa collection et sont exposés dès 1948 à Paris, puis celle-ci sera donnée à Lausanne en 1976. Steck remet encore les œuvres de 12 patient.es de Cery à la Collection désormais dirigée par Michel Thévoz.

Intéressons-nous à quelques références théoriques sous-jacentes et surtout aux notes cliniques que Steck mentionne dans ses conférences et publications.

C'est vers 1920 que, engagé comme troisième médecin à Cery, il commence cette collection. Formé à Paris, ayant pratiqué la médecine de guerre, il a suivi les cours de Pierre Janet (1859 – 1947), puis travaillé au Burghölzli, à Zurich, aux côtés de Constantin von Monakow (1853 – 1930), après avoir été l'assistant d'Eugen Bleuler (1857 – 1939). L'auteur de *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, constitue une référence fondamentale en psychiatrie, et tout particulièrement pour Steck.

Afin d'analyser certaines particularités du langage, se référant à Bergson et Schopenhauer, Steck utilise des critères tels que l'humour, l'ironie et la bizarrerie. Dans l'article « Les attitudes schizophréniques : les attitudes ironiques et ludiques »⁹², il écrit que par le rire, la plaisanterie et l'ironie, les patient.es élaborent des mécanismes de défense face à l'agressivité et l'angoisse, manifestations caractéristiques des pathologies des délires.

92 Steck 1956, 363 – 378.

Ses études de l’art pictural au prisme du concept de « mentalité primitive » sont fondées sur des théories neurologiques, psychologiques et psychopathologiques. Faisant l’hypothèse de l’existence d’un « parallélisme schizo-primitif » afin d’analyser les causes, les mécanismes et les structures des phénomènes psychiques, il recourt à trois modèles de pensée principaux : les théories de la régression (selon John Hughlings Jackson [1835 – 1911], Théodule Ribot [1839 – 1916], Janet, Sigmund Freud [1856 – 1939], von Monakow), celles de la causalité (selon Bleuler, Freud, Eugène Minkowski [1885 – 1972], Janet) et les premiers travaux ethnologiques de Lucien Lévy-Bruhl (1857 – 1939)⁹³.

Quels sont les critères qui retiennent l’attention de Steck afin d’identifier certains symptômes spécifiques de la schizophrénie dans ce corpus ?

« L’humour et les bizarreries orthographiques du langage » de Jules Doudin

Dans les ouvrages consacrés à Jules Doudin, on apprend qu’il est né en 1884 et qu’il est issu d’une famille de dix enfants. Le père est cordonnier. Jules Doudin suit l’enseignement obligatoire à Payerne, puis il travaille successivement en tant que manœuvre, ouvrier de fabrique, puis aiguilleur aux chemins de fer. À la suite d’un chagrin d’amour, qui peut l’avoir déstabilisé, il rencontre des problèmes d’alcoolisme, comme d’autres membres de sa famille. Vers l’âge de 20 ans, en raison de certains troubles et de comportements violents, il est interné. Il le sera plusieurs fois par la suite entre 1910 et 1917 avant d’y finir sa vie.

C’est lors du remplacement que Steck fait à Cery en 1917 qu’il rencontre Doudin. S’il signale les comportements d’opposition, les troubles physiques tels que des démangeaisons sur la tête, des actes d’auto-agression ou sur autrui, Steck s’intéresse aussi à l’originalité des formes langagières que Doudin mobilise, mais qu’il envisage néanmoins en lien avec le phénomène de dissociation, caractéristique des schizophrénies :

Le 13 janvier 1917, le soussigné a fait comme jeune interne la connaissance de Jules Doudin et a noté ce qui suit dans le dossier du malade : santé physique excellente. Sort souvent de son lit (...), parle d’une voix basse ; ses propos sont complètement dissociés, impossible de le fixer sur son sujet ; parfois il a même l’air d’être très irrité, renvoie son interlocuteur avec fortes injures. Un soir cependant il poursuit la conversation et semble éprouver un certain plaisir.

Steck lui demande son âge, puis d’où il vient :
D’Yverdon, du côté de la farine, vous êtes philosophe
il en reste, je suis un scrupulateur ... (désigne l’infirmier) voilà mon tuteur ... Joseph Moos un convalescent comme vous, ils m’ont fait une égratignure ...scrupulateur ...ce sont des convalescents comme vous ...va chier ont-ils dit à l’hôpital ...ils vont couper la gargelle ...ils s’amuse^{nt} avec des garçons, je n’aime pas cela ...ce sont des avortons ...on s’insulte entre les docteurs. Vous êtes assermenté comme moi sur l’horaire ...j’aurai affaire avec vous dernièrement et réciproquement ...vous êtes avorton ... Jérusalem ...j’ai soulagé des filles qui avaient traversé la Broye (une rivière)⁹⁴.



Jules Doudin, *Prizonier du Tonkin*, sans date.
Mine de plomb sur papier d’emballage (15 x 26,5 cm).



Jules Doudin, *Madam Périn drogues a toute Heures*, sans date.
Mine de plomb sur papier d'emballage (14,5 x 19,5 cm).

Puis le 13 janvier 1928, Doudin écrit :

Monsieur l'eintterprètent
Je nay pas commutgné fauttent des Platse à LEglitze. Je pars pour létranger a Lat pointttes
Du Jour siy, e Détrengés. Je suis rentrés unr foiz as minuit lat Porte Hêtet Fermée⁹⁵.

95 Steck 1956, 372.

Au fil des ans, Doudin est décrit comme étant plus calme, confectionnant des sacs en papier dans l'atelier de thérapie occupationnelle. Vers l'âge de 45 ans, sur ce support, il dessine des personnages et des animaux, dont Steck souligne l'excentricité : « c'est un jeu humoristique, sarcastique, grossier et archaïque dans un monde paysan aux bêtes grotesques avec des commentaires orthographiés d'une manière bizarre, véritablement loufoque »⁹⁶. Le psychiatre a repéré des critères significatifs afin de poser le diagnostic de schizophrénie : « Doudin se plaint dans un langage et surtout une orthographe bizarre, expression de son autisme : à noter que c'est à partir du moment où ce schizophrène (schizophrénie lentement évolutive) [a] plongé dans le négativisme agressif [qu'il] a trouvé ce mode d'expression [et] qu'il est devenu relativement sociable »⁹⁷. L'état de santé de Doudin se détériore, il ne quitte plus son lit depuis qu'il est à l'Infirmerie et décède le 18 mai 1946 à l'âge de 62 ans, atteint d'une tuberculose pulmonaire et d'une insuffisance cardiaque. Jules Doudin sera resté plus de 40 années à l'Asile, ce qui était fréquent à l'époque. Aloïse Corbaz passera pour sa part 46 années à Cery, puis à La Rosière. Voyons quelle interprétation Steck donne de ses dessins.

96 Steck 1956, 372.

97 Steck s.d. (1951 ?)

« La peinture magique et primitive » d'Aloïse Corbaz

Selon les différentes biographies publiées à ce jour, Aloïse Corbaz est née à Lausanne en 1886 dans une famille de six enfants. Son père trie le courrier sur le train Paris-Vintimille. Elle perd sa mère à l'âge de 11 ans. Elle poursuit sa scolarité jusqu'à ses 18 ans puis suit des cours à l'École professionnelle de couture et des cours privés de chant, grâce auxquels elle s'initie au répertoire de l'opéra. Elle travaille en tant que surveillante dans divers pensionnats lausannois. En 1911, elle vit une relation amoureuse avec un prêtre défroqué.

De plus que l'union fondée sur l'adultère ou le divorce était maudite ou en tout cas pas bénie j'ai immolé cet amour pour le donner aux infortunées victimes⁹⁸.

98 Aloïse, citée par Porret-Forel 2004, 93.

L'histoire raconte que cette liaison est interrompue par sa sœur Marguerite qui organise pour elle un déplacement à Potsdam, en Allemagne. La jeune femme travaille alors en tant que gouvernante d'enfants chez le chapelain de Guillaume II, le pasteur Henninke. Elle tombe amoureuse de l'Empereur, élan qui va inspirer le thème de certains de ses écrits et de ses peintures. C'est à la suite de la déclaration de la guerre en 1914 qu'elle rentre à Lausanne. En 1917, on apprend

qu'elle manifeste « des troubles mentaux », qu'elle crée de l'agitation et qu'elle fait de la propagande « religieuse, antimilitariste et végétarienne », signant ses lettres en tant que « pacifiste magnanime et antimilitariste ».

⁹⁹ Aloïse, citée par Porret-Forel 2004, 89. En qualité d'antimilitariste je cherche en vain à établir la paix sans que la moitié des humains soient chrétiens⁹⁹.

Hospitalisée à Cery l'année suivante, le diagnostic de schizophrénie est posé en termes « d'idées délirantes, de dissociation du langage, de mimique rigide, indifférente, Aloïse Corbaz devenant de plus en plus autiste ». Transférée dès 1920 à La Rosière, elle y rédige une trentaine de lettres, dessinant parfois sur la même feuille. L'année 1927 marque une interruption dans les notes cliniques. Bien que l'accompagnement et le travail des femmes auprès des patient.es soient rarement décrits, on apprend par des témoignages que Mademoiselle Yersin est son infirmière favorite et que l'épouse du D^r Charles Müller « s'occupe très activement d'Aloïse »¹⁰⁰. Alors que cette dernière commence ses activités de repassage en 1933, Marguerite Bresch, infirmière, note que de nombreux dessins réalisés par ses soins à cette époque sont détruits. Ils ne commenceront à être conservés qu'à partir de 1936, par Steck qui, nommé directeur, rend alors régulièrement visite à la patiente. Selon lui, dans les psychoses aiguës, « les malades participent à la destruction et à la création du monde d'une manière chaotique ; dans les délires chroniques, leur récit participe à la création mythique fabulante »¹⁰¹.

Jacqueline Porret-Forel, qui avait pris connaissance de ces œuvres lors des présentations cliniques à Cery, retrouve la malade à La Rosière en 1941, alors qu'elle effectue un remplacement de médecin de campagne dans cette région. Au cours de ses visites, la dessinatrice, qui vit de façon plus apaisée, lui remet ses dessins. Porret-Forel consacre sa thèse de médecine à « la peinture magique d'Aloyse » en 1953, suivie de plusieurs publications. Les deux femmes partagent certaines connaissances culturelles (histoire vaudoise, religion, opéra, art). Porret-Forel développe, en lien avec les données cliniques, un système explicatif de la cosmogonie, de la sexualité, de la symbolique, de la structure des dessins et des significations des écrits d'Aloïse. Elle repère les mots-clés de l'autrice de La Rosière : « la Trinité en consubstantialité alternative ; le système de Création du ricochet solaire » :

En sortant des entrailles de la terre noire même comme une bible incomparable naturelle le ricochet solaire sur terre

L'Évangile (...) incarné avec son Christ en croix de consubstantialité en collaboration de création de Saints Pères Trinitaires trois Michel-Ange
Ne pourrait-on pas renvoyer ces télépathistes qui me tuent en écrivant je ne sais quoi avec mon Rédempteur bien-aimé
Pourquoi donc en évoquant votre souvenir est-ce que je vibre comme une cloche annonçant des épousailles d'anges mourant lentement d'un amour ineffable que me suggère votre regard rencontré par hasard à la revue de Potsdam 1913
Albert 1921 Mahaim prof théosophe décoré psychanalyste
La transfiguration astrale incarne de Raphaël à son original immortel fixe dans la Nature qui donne la raison dans l'adoration qu'elle inspire la main de la nuit qui dans le repos des chérubins d'or ricochet solaire triple sceau d'airain âme de l'univers¹⁰².

¹⁰² Aloïse, citée par Porret-Forel 2004, 23, 33, 44, 90, 114 et 119.



Aloïse (Aloïse Corbaz, dite), *Billet à l'inconnue*, entre 1948 et 1950. Encre sur papier imprimé (32 x 23,5 cm).



Aloïse (Aloïse Corbaz, dite). *Napoléon III à Cherbourg*, entre 1952 et 1954. Crayon de couleur et suc de géranium sur huit feuilles de papier cousue ensemble (164 x 117 cm).

En 1963, certaines œuvres d’Aloïse Corbaz sont exposées au Musée des Beaux-Arts de Lausanne par la Société romande des femmes peintres et sculpteurs. Sa santé se péjore et elle décède le 5 avril 1964. Elle a créé environ 2’000 œuvres qui se trouvent réparties dans plusieurs musées européens, collections privées et fonds d’archives.

Revenons encore aux études de Steck qui a principalement analysé les œuvres des patient.es à l’aune des critères psychopathologiques, mais qui, dès les années 1950, compare également l’art d’Aloïse Corbaz à celui de Marc Chagall :

L’exposition des œuvres de Chagall à Zurich et à Berne (1950) m’a frappé à deux égards par certaines ressemblances (avec Aloyse). La production de Chagall juxtapose des états sensibles et successifs. Le réel comporte toujours des projections sur le passé et l’avenir.

Ces œuvres se déroulent sur plusieurs plans, celui de l’œil et celui de l’imagination, celui du rêve et du souvenir. Les personnages et les objets échappent aux lois de la pesanteur. Dans le cadre créé par l’artiste tout se meut librement à toutes les échelles, à toutes les dimensions, dans tous les sens. Le peintre nous révèle ainsi un univers intérieur où l’inconscient affleure sans cesse¹⁰³.

¹⁰³ Steck 1953, 1956, 1957.

Conclusion

Comme le montre le suivi des patient.es, les études de Steck sont enracinées dans la pratique clinique. À plusieurs reprises, il écrit que « la fonction de l’art et la fonction du délire visent à reconstituer un monde viable pour le malade ». Il discute alors la question suivante : « Maladie mentale et production artistique, n’est-ce pas une contradiction ? ». En affirmant que « le délire est l’œuvre de l’imagination créatrice », il formule l’idée que la maladie mentale agit sur des plans opposés : elle peut soit diminuer l’état des forces du patient, soit générer de nouvelles facultés créatrices. Au cours des conférences qu’il a données entre 1953 et 1956, il oppose la dimension clinique à la nature « artistique » de l’objet créé :

Il serait plus modeste (plus prudent) de parler tout simplement de dessins des aliénés, comme on parle des dessins d’enfants, sans revendiquer l’étiquette d’art et de création artistique.

Je laisse pour l’instant la question ouverte. L’exposition (les projections) que je vais commenter vous permettra peut-être de trouver vous-même la réponse. (...) Sans discuter longuement sur la justification de l’adjectif « artistique » nous constatons simplement qu’il existe des états affectifs particuliers qui poussent l’individu à chercher un mode d’expression qui dépasse celui de tous les jours. Nous n’allons pas proclamer « art schizophrénique » le moindre gribouillage ou dessin malhabile d’un malade pouvant par ailleurs présenter un intérêt clinique et sémiologique indéniable¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Steck 1953, 1954, 1956.

Tant qu’il est employé à Cery, il ne divulgue pas l’identité des patient.es sur la scène culturelle. Ce n’est que lorsqu’il quitte l’hôpital qu’il publie, en 1961, ses études dans le champ de l’histoire de l’art, dans l’ouvrage intitulé *Petits maîtres de la folie*. Puis, en 1977, le psychiatre fournit un autre texte sur Doudin pour le fascicule 10 de la CAB.

Alors que s’effectue en 1976 la muséification des œuvres des patient.es, c’est en 2015 que les écrits, aux registres variés et les dessins réalisés à Cery sont versés aux ACV, avec un ensemble de documents (administratifs, scientifiques et des dossiers de patient.es). En raison des directives actuelles, sont pris en considération, non seulement le droit des patient.es, mais aussi le droit d’auteur. Il s’agit d’obtenir l’autorisation des autrices et des auteurs en vue de toute divulgation d’une œuvre. Aujourd’hui, les personnes qui créent dans une structure hospitalière, thérapeutique ou associative sont les dépositaires de leurs œuvres et décident ainsi de leur destinée.

Par Élodie Murtas

Le cinéma se projette sous tous les angles à Cery

Par l’entremise des archives tant papier que filmiques, il est possible de retisser les liens initiaux entre l’institution psychiatrique vaudoise et le cinéma et de les faire remonter aux années 1920 avec, d’une part, des activités de loisirs où l’on organisait pour les patient.es des « séances de cinématographe » et, d’autre part, deux films au moins réalisés dans le cadre de l’hôpital. Le premier, daté de 1922 et tourné en 35 mm, donne à voir les patient.es, leurs familles, le corps médical, mais aussi différentes figures politiques à l’occasion de la traditionnelle rencontre festive annuelle : la fête des cerises. Le second, qui malheureusement semble avoir disparu, a été réalisé dans les années 1930 par le D^r Theodor Ott (1909 – 1991) sous l’égide de Hans Steck et se présente comme un film de recherche qui a pour but d’exposer, et de vanter un nouveau protocole thérapeutique pour soigner les malades psychiques : l’insulinothérapie (*voir « Développer la recherche à Cery : orientations et structures » p. 111*). Nonobstant la richesse de ces quelques traces de cinéma, elles ne sont que les prémices d’une relation foisonnante, intense et protéiforme qui s’amorcera véritablement au tournant des années 1960 pour se perpétuer jusque dans les années 1980 et qui marquera un véritable « âge d’or » cinématographique à Cery.

Outre le contexte favorable sur la scène psychiatrique internationale, c’est véritablement sous l’impulsion du directeur, alors fraîchement nommé, en 1961, Christian Müller, que le cinéma s’ins-tillera pleinement dans l’enceinte de l’hôpital non seulement dans une optique de divertissement, mais aussi dans une perspective de promotion, de documentation ou encore comme instrument thérapeutique. Plus largement, l’usage du médium filmique va s’inscrire dans une tendance sou-haitée par ce dernier de vouloir humaniser et déstigmatiser la maladie psychique ainsi que son corrélat institutionnel : l’hôpital. Comme celui-ci le déclarera en 1963, le film se présente comme particulièrement approprié pour cette tâche par sa dimension populaire notamment :

En psychiatrie certaines observations sont difficiles à exprimer par le verbe et réclament impérieusement l’image mobile. Même en dehors de ces préoccupations strictement scientifiques, le cinéma devient pour l’hôpital psychiatrique un moyen de propagande important. Il permet de faire comprendre à un large public que le malade mental reste un être humain digne d’attention. Le film peut contribuer à l’abolition de faux préjugés sur les établissements psychiatriques¹⁰⁵.

C’est donc dans cette optique qu’un corpus d’une trentaine de films sera tourné à Cery entre 1959 et 1981 par l’entremise, principalement, de trois personnalités : Müller, bien évidemment, mais aussi Ernest dit « Nag » Ansorge, cinéaste suisse d’animation et cinéaste « officiel » de Cery, ainsi qu’Alfred Bader, psychiatre responsable du CEEP dans l’institution et spécialiste reconnu de la psychopathologie de l’expression. Loin de se révéler comme anecdotiques, ces réalisations filmiques issues de pratiques diverses, aux formes et aux buts multiples, ont fait rayonner l’ins-titution bien au-delà des frontières helvétiques, notamment par leur caractère hétéroclite, leur nombre, mais surtout par leur originalité particulièrement celles issues d’une pratique thérapeu-tique inédite¹⁰⁶ : la cinémathérapie.

Entre loisirs et propagande

Si la dimension historique de divertissement accolée au cinéma ne sera pas négligée pendant l’âge d’or cinématographique de Cery, comme en témoignent l’acquisition d’un projecteur 35 mm en 1955 sur une idée de l’infirmier-chef Georges Nicolet pour montrer des films commerciaux aux pensionnaires et la mise en place d’un ciné-club animé par Freddy Buache (1924 – 2019), directeur de la Cinémathèque suisse, dans les années 1970¹⁰⁷, c’est bel et bien du côté de la pratique, filmique et clinique, que les liens les plus ténus se sont construits entre le dispositif cinématographique et l’hôpital au fil des ans.

Un premier pan de réalisations va se développer autour de la dimension propagandiste attribuée au médium par le directeur avec la conception de plusieurs films institutionnels à visée documentarisante en collaboration avec Ansorge. Cery s’expose et se dévoile sur pellicule. Les images mobiles font la part belle à la modernisation de l’hôpital, à l’instar d’un film promotionnel vantant les progrès et le fonctionnement de celui-ci au titre évocateur de *Cery, Hôpital psychiatrique moderne* (s.d.), qui reprend en grande partie des images déjà tournées par le cinéaste pour le film *Cery, hier et aujourd’hui* (1959). Dans la même veine, on retrouve un film de 1973 dédié au centenaire de l’institution qui cherche, cette fois, à redorer l’image de la profession de psychiatre, dont le scénario sera, par ailleurs, en grande partie pensé par Müller. Jouant de la force de conviction de l’image animée, Ansorge créera aussi avec son épouse Gisèle en 1965 *Jessica N.*, une réalisation s’apparentant à une docu-fiction poétique, commandée par la SSP afin de tenter d’éveiller des vocations pour le métier d’infirmier.e en psychiatrie et de valoriser la récente École cantonale

¹⁰⁶ À la lumière des sources, il est légitime d’affirmer que l’expérience mise en place à Cery dès 1961 permettant à des patient.es d’institution psychiatrique de réaliser entièrement un film de manière indépendante s’impose sur le plan international comme pionnière. Un précédent se doit tout de même d’être mentionné : la tenue à la clinique de La Borde d’un atelier animé par René Laloux qui produira un court-métrage d’animation, *Les Dents du singe* (1960). Mais, contrairement à Cery, les malades psychiques n’ont été responsables que du scénario et des dessins et non de l’animation et du montage.

¹⁰⁷ Cantini/ Pedroletti/ Heller 2000, 98 ; Entretien de l’auteur avec Freddy Buache, Lausanne 2016.

¹⁰⁵ Cinémathèque suisse, Fonds Ansorge, CSL 035, Ansorge, 54/2, A6 Carton d’invitation, « Le cinéma au service de la psychiatrie », 30 avril 1963.

vaudoise d’infirmières et d’infirmiers en psychiatrie sise au cœur de Cery (*voir « Cery, une institution au coeur de multiples reconfigurations » p. 27*). Tournées dans l’institution, par l’institution et pour l’institution, ces productions qui cherchaient à l’époque à s’adresser à la société pour remodeler l’image stigmatisée de la psychiatrie, offrent une plongée dans une période particulièrement riche de l’hôpital et laissent entrevoir, au travers d’un reflet certes quelque peu suranné, les principaux renouvellements engagés tant sur le versant architectural et structurel que sur le plan des traitements. Ainsi, si la pharmacothérapie, avec les récents psychotropes, ne manque pas d’être glorifiée, les thérapies occupationnelles, chères à Müller, et plus spécifiquement les activités artistiques qui occuperont une large place de la filmographie de l’institution, sont également amplement vantées au gré des séquences.



Dissociation et structure, Alfred Bader, Nag Ansorge, 1966.

De la psychopathologie sur pellicule

Un second groupe de productions cinématographiques sera en effet engagé par Bader lui-même, au sein du Centre d’études de l’expression plastique créé en 1963 qu’il a dirigé et dont les travaux étaient entièrement orientés vers la « psychopathologie de l’expression », discipline qui pourrait être définie simplement comme l’étude des signes de la structure de la personnalité et des symptômes de la maladie psychique s’extériorisant au travers de l’expression créative. En collaboration avec Ansorge, le psychiatre allait ainsi user du cinéma aux fins d’exposer ses recherches sur l’art psychopathologique tout en donnant à voir des portraits de « patient.es-artistes », interné.es ou

non au sein de Cery, le film présentant indéniablement pour Bader cette qualité unique de pouvoir capter, mais surtout diffuser, simultanément l’image et la parole. Aussi, celui-ci ne manquera pas d’exploiter pleinement les pouvoirs de l’image en mouvement pour saisir « l’aspect dynamique de la création »¹⁰⁸ en réalisant avec le cinéaste un corpus de 11 courts-métrages explorant divers aspects de la psychopathologie de l’expression.

Le duo tournera notamment plusieurs films que l’on peut qualifier de didactiques, tel *Dissociation et structure*, en 1966, qui propose de « convi(er) le spectateur à une promenade à travers l’imaginaire psychotique »¹⁰⁹ par le truchement des créations plastiques de malades psychiques qui se succèdent à l’écran en lien avec le commentaire qui cherche, lui, à en expliciter le sens caché. *C’était comme ça* (1965) joue pour sa part de la caméra subjective pour illustrer le récit saisissant d’un patient contant les débuts de sa psychose et son arrivée à Cery. Bader et Ansorge ne manqueront pas non plus de tenter de rendre visible et palpable, dans le film *3 Künstler + psilocybin* (1967) notamment, les effets de l’hallucination sur la créativité artistique en décryptant sous l’œil de la caméra le travail pictural de trois artistes reconnus à qui l’on avait administré de la psilocybine. Mais, c’est principalement pour recueillir la parole en regard de leurs œuvres de créateurs à la marge, connus ou méconnus, qu’ils se sont servis du dispositif cinématographique dans un style se rapprochant du « cinéma direct ».

Dans ces films, le malade psychique n’est plus envisagé comme un simple objet d’étude, il est un être pensant et réflexif capable d’analyser ses propres créations, conviant ainsi le spectateur à une immersion réelle et vivante dans des univers psychiques et artistiques hors normes, parfois étonnamment lucides. Le psychiatre et le cinéaste consacreront ainsi deux films au peintre berlinois Schröder Sonnenstern (1892 – 1982) qui dévoilera face caméra l’étendue de sa personnalité à l’imagination turbulente, et un court-métrage à l’artiste autodidacte Anselme Boix-Vives (1899 – 1969) qui explicitera son plan de paix mondiale avec ses œuvres comme décor. Plusieurs patient.es de Cery aux univers artistiques particulièrement riches seront aussi les sujets de réalisations filmiques à l’instar de *La comtesse des faubourgs* (1971), du *Voleur aux semelles de silence* (1974) ou encore d’*Éphémère Aurélie* (1968). Ce dernier film, particulièrement emblématique, saisit les commentaires en direct d’une jeune licenciée en Lettres sur sa production graphique dessinée lors d’un précédent internement et dévoile, dans les interstices des images en noir et blanc et des émotions verbales exprimées par Aurélie, la complexité d’un imaginaire en proie au délire, ou, comme le résumera Bader, « l’étrange rencontre d’un être humain avec son inconscient »¹¹⁰. Si ces réalisations parviennent, par la médiation de leurs réalisateurs, à mettre au centre la parole des patient.es-créateur.ices, ces dernier.ères ne sont, pour ainsi dire, que les sujets-acteurs de ces documents, le cinéma s’entrevoyant ici comme support de l’expression, voire un instrument d’analyse quantitative de celle-ci comme en témoigne les expériences filmiques sur les mimiques des patient.es menées par Hans Heimann au sein du Centre de recherche psychopathologique, dont les bobines semblent malheureusement avoir disparu. Or, à Cery spécifiquement, les liens entre malades psychiques et dispositif cinématographique iront plus loin encore en faisant de celui-ci un moyen d’expression et de créativité pour les patient.es.

¹⁰⁸ Bader 1973, 5.

¹⁰⁹ Catalogue des 28 films réalisés à l’Hôpital de Cery de 1963 à 1981, 8.

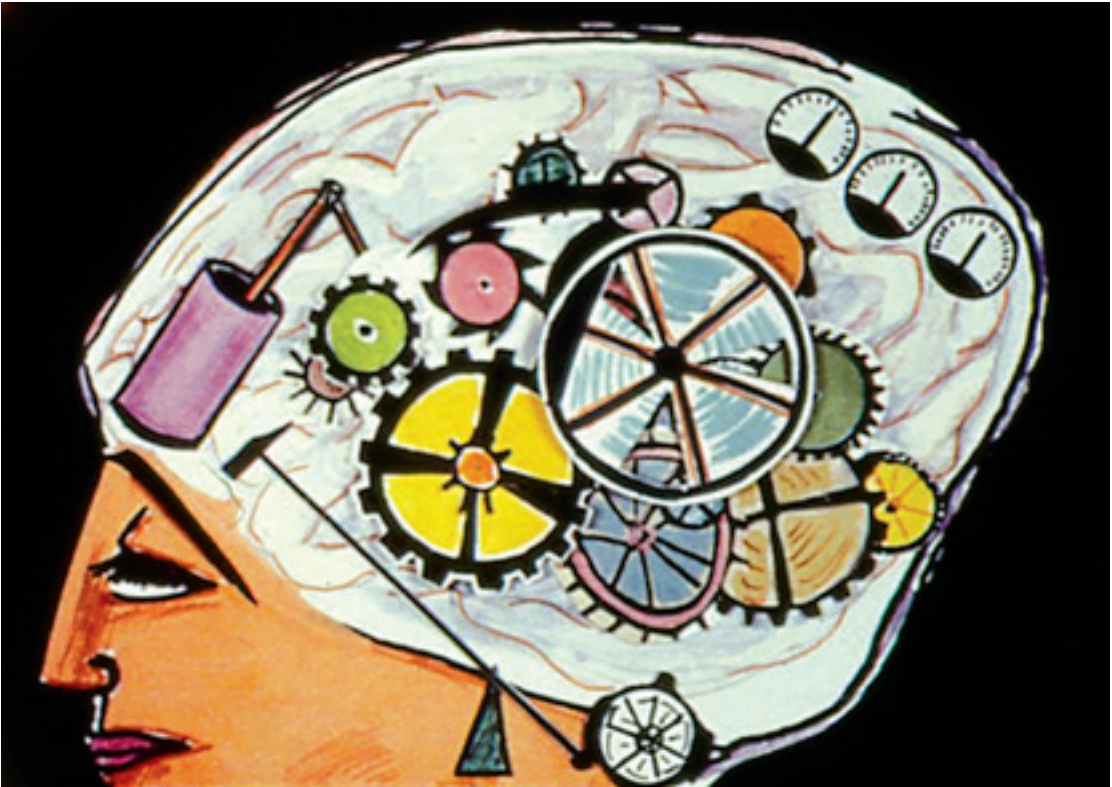
¹¹⁰ Catalogue des 28 films réalisés à l’Hôpital de Cery de 1963 à 1981, 10.

Une thérapie innovante : la cinémathérapie

En effet, la pratique la plus innovante et originale d’usage du cinéma à Cery a été la mise en place pionnière de la cinémathérapie qui consistait à donner la possibilité à des malades psychiques de réaliser leurs propres films, du scénario au montage, et ce en groupe, au sein d’un atelier de cinéma. Selon la légende, en 1961, Müller était à la recherche d’activités occupationnelles pour les résident.es et eut l’idée de confier une caméra à un petit nombre d’entre eux qui manifestèrent d’emblée, à sa grande surprise, l’envie de faire un vrai film, « un film comme on en voit à l’extérieur »¹¹¹. Il s’adressa donc à Ansorge pour enseigner les rudiments du maniement de la caméra 16 mm à ces apprenti.es-cinéastes et leur présenter les possibilités expressives offertes par le dispositif cinématographique, plus particulièrement par le film d’animation. Comme les patient.es ne manquèrent pas de le rapporter dans leur « livre de bord », même s’ils n’avaient rien compris aux explications du cinéaste, ils furent d’emblée fasciné.es par la richesse imaginative de la technique et s’empressèrent d’élaborer un scénario¹¹². *Le poète et la licorne*, terminé en 1963 après 345 heures de travail en groupe, raconte l’histoire d’un poète se rendant dans une clinique qui soigne les âmes. Il fut le premier d’un corpus de 13 films tournés par des groupes de patient.es successifs avec comme seul conseiller technique Ansorge – le corps médical ayant été exclu de l’atelier, car sa présence était jugée inhibitrice.

Élaborées avec le plus de liberté possible, ces réalisations, usant tant de la technique d’animation que de la prise de vue réelle, soulèvent des thématiques plurielles, mais ont pour sujet central les difficultés des malades psychiques dans leurs rapports avec l’institution psychiatrique, les médecins, leurs maladies psychiques et plus largement avec la société. De plus, les films du groupe cinématographique, en tant que créations collectives, peuvent se lire comme le reflet authentique des préoccupations profondes des patient.es, d’autant que l’atelier fonctionnait de

manière démocratique et que tout était sujet à discussion. À plus d’un égard, la seconde réalisation du groupe, *Bonjour mon œil* (1964), est emblématique. Elle tente, d’une part, de traduire pour le spectateur une journée à l’hôpital par le prisme du riche hallucinatoire psychotique, illustré par l’utilisation de la caméra subjective ainsi que par une alternance entre prise de vue réelle et animation en noir et blanc et couleur. D’autre part, il s’avère que les participant.es qui ont commencé le film ne seront pas ceux qui le termineront. En outre, c’est avec une forte lucidité, mais aussi une certaine ironie, que les différents groupes cherchèrent à démystifier la pathologie psychique en s’adressant à la société par le biais du film avec en toile de fond une réplique du film *Les 7 nuits de Sibérie* (1967) : « Je suis peut-être fou, mais pas idiot ».



Le poète et la licorne, Groupe cinématographique des patientes et patients de Cery, 1963.

Plus encore, au-delà de ses possibilités expressives, la création cinématographique a véritablement été envisagée comme une thérapie à part entière par les psychiatres de Cery. Ainsi, la cinémathérapie a démontré des bienfaits spécifiques pour les malades psychiques qui se sont dévoilés au fil des tournages et qui se sont élaborés autour de la notion de collectivité, notamment dans l’obligation pour les participant.es de communiquer avec les autres membres de l’atelier afin de réaliser leurs films. C’est ce que confirme une patiente-cinéaste du film *Intégration 68* (1968) dans un rare témoignage écrit :

(...) l’atelier de cinéma représentait pour moi une libération : il n’y avait ni médecins, ni infirmières, pour nous observer et nous surveiller ; (...) nous travaillions vraiment en groupe. (...) Nous avions quelque chose à créer en commun. C’était un jeu, mais un jeu passionnant, qui exigeait beaucoup d’efforts, d’idées, d’imagination. Je le ressentais très profondément comme une revalorisation. (...) L’atelier de cinéma résolvait aussi pour certains le lancinant problème de la solitude. (...) Je l’ai ressenti comme un lieu sûr, un lieu où l’on réapprenait la liberté, un lieu où l’on se reprenait à espérer¹¹³.

113 CSL.035, Ansorge, 55/5
Témoignage d’une patiente, « Intégration 68 et l’atelier de cinéma à Cery : mes impressions ».

d'atelier de cinéma valait aussi pour certains de
lancinant problème de la solitude. J'étais pour ma part
très inquiète en moi-même, très profondément solitaire,
pour pouvoir avoir des relations avec mes camarades.
C'est je le voyais se parler, discuter et me entendre,
et cela me faisait du bien. Il y avait beaucoup de gaieté
dans cet atelier. Il y régnait une atmosphère amicale,
détendue, réconfortante, qui tenait pour beaucoup à
la gentillesse et la générosité de M. Ansorge. Je l'ai res-
sentie comme un lieu sûr, un lieu où l'on réapprenait
la liberté, un lieu où l'on se reprenait à espérer.

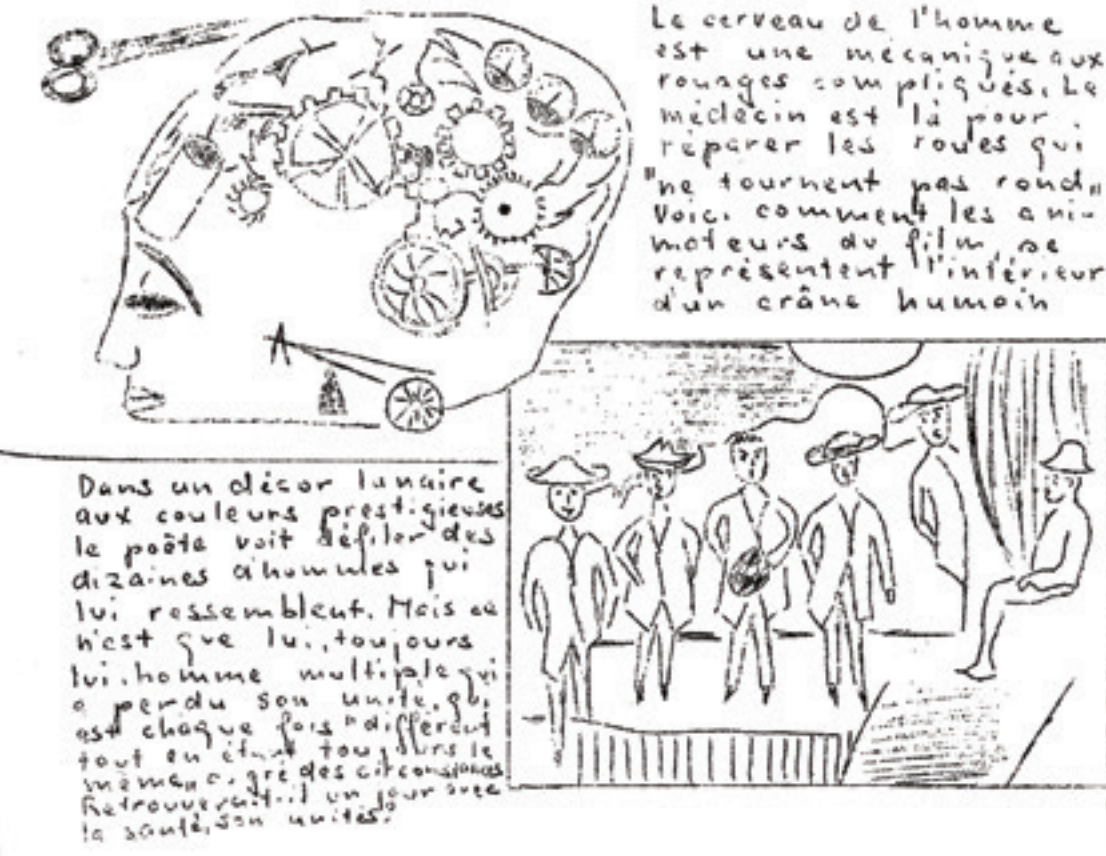
Extrait du témoignage d’une patiente concernant l’atelier cinéma.

Conclusion

En 1981, s’achève *Mélodie de l’inconscient*, le dernier film créé par le groupe des patient.es qui marquera également la fin de la période cinématographique lumineuse de l’institution. Loin de devoir se lire comme l’essoufflement d’une activité thérapeutique originale, c’est avant tout un changement dans les politiques d’hospitalisation avec le raccourcissement de la durée des séjours qui n’a plus permis de former « un groupe suffisamment homogène »¹¹⁴ pour poursuivre la fascinante aventure de la cinémathérapie. Comme nous l’avons retracé, c’est bien par la synergie entre Müller, Ansorge et Bader que le cinéma s’est imposé au cœur de l’institution dans toute la richesse de ses applications potentielles : or leurs retraites successives ont certainement largement participé à donner le clap de fin à l’« âge d’or » cinématographique de Cery.

114 Rapport annuel de Cery 1983, 11.

Illustrations accompagnant le texte *Le poète et la licorne* par André Chamot, 8 juillet 1962, base du scénario du premier film tourné à Cery sous la direction de Nag (Ernest) Ansorge. *La Licorne* mai 1964.



Pierre Dominique Scheder

(En communion de pensée poétique avec toute l’équipe du Groupe Écriture)

Le Groupe Écriture du GRAAP

Le Groupe Écriture du GAAP est né en 1988, soit dès l’installation de la jeune association dans les locaux du Petit Grain de Sel, à Bellevaux Lausanne. **Le GRAAP m’a permis de partager et de réaliser mes plus belles folies. L’écriture en est une.** Le GRAAP foisonnait de poètes et d’artistes. L’idée de les réunir pour un moment d’écriture survint tout naturellement. Un premier recueil, *Regard*, témoigne de cette créativité qui s’ouvre sur ces mots de Michel, humaniste paysan : «La sagesse est d’aimer les gens et l’univers. De réfléchir sept fois avant de le dire afin de pouvoir le chanter». André Lauener rejoint l’équipe très tôt. C’est lui qui reprend le flambeau, avec Raymond Sauteur, lorsque je prends une pause pour écrire mon *Auto jaune* (2005). Grâce à eux deux, le Groupe se développe et se fidélise. Mais comment se déroule cette animation de chaque mardi ? Les participants proposent des sujets. Les idées fusent comme dans un inventaire à la Prévert : «les mecs, lance Josiane, la justice, défend Anne, le rire, rigole Blaise, mon chat, miaule Éliane, et puis encore les souliers, l’amour, la bière ...» On se met d’accord sur trois thèmes au choix, avec toujours, en plus, un sujet libre. D’abord le plaisir et la joie d’écrire, puis le don de son texte au groupe, dans la confiance et le respect mutuels. Une parole que la violence de la ville, la violence de la vie, avait séquestrée. La voici libérée, courant sur la page blanche, et bientôt révélée à l’estime d’un entourage bienveillant.

Dans ces moments d’écriture hebdomadaires, les participants s’encouragent mutuellement et se voient progresser dans les difficultés de leur existence comme dans leur expression. On y assiste à de véritables petits miracles, où le chemin de vie et le chemin des mots s’ouvrent réciproquement. Nelly y écrit sa première chanson, le «Passage» ; Nicole, pionnière du GRAAP, après une très longue absence revient écrire dans la fougue de ses quatre fois vingt ans. Rémy en pleine folle jeunesse évolue vers une perception pertinente de la société qui, par ailleurs, le rejette ou le méprise. Sylviane y trouve une vraie famille après s’être faite jetée de partout.

Ici, plus que l’intellect, c’est le cœur qui parle. Ici, on se risque à nouveau à aimer et à être aimé. C’est le plaisir retrouvé d’écrire et de se dire. Dans la confiance, la parole se remet en marche. Le temps d’écriture est de vingt minutes. Juste un cri de moineau, qui a mal ou qui jubile. Pourtant, ce temps suffit, car il est comme ralenti par l’écriture. Chacun se dit. Les peurs et les tabous tombent. L’écriture les noie dans son

sillage d'encre bleue, où ils disparaissent, parfois dissous dans une larme d'émotion. Éric ose enfin parler de son envie de mourir, Pierrette de son délire de persécution et Maxime des soucoupes volantes.

Une fois par mois, le groupe prend la clé des champs ou de la ville. On écrit dans un pré, dans la forêt, dans un musée ou à la gare. Ces moments d'écriture commencent toujours par la lecture de quelques lignes d'auteurs reconnus. Leur combat nous est proche et familier, à nous qui souffrons encore des préjugés sur la maladie psychique, que le GRAAP ne cesse de combattre depuis 30 ans.

Ces initiatives proposent à chacun de s'en remettre à la douce loi de l'écriture personnelle et partagée, sans risque d'anéantissement. Car sous les mots... la plage. Si l'on gratte le vernis des usages et des conventions qui recouvre la parole, on découvre une source féconde. La source d'une langue universelle qui s'apparente à la musique. La musique enchanteresse d'une solidarité réelle et festive.

Si nos groupes d'écriture amènent quelque esprit désarmé à retrouver son chemin de vie, alors c'est gagné. Grâce au GRAAP. Enfin, un recueil de textes du Groupe écriture est paru en 2022 aux éditions Parole et Silence : *La force des fragiles*. À leurs larmes et à leurs joies, viens-t'en remplir ton seau !

Artiste et sculpteur suisse, André Pettineroli (1902-1978) est hospitalisé à Cery dans les années 1960. En 1967, il se met en scène dans le film *Il Genio*, produit par le Groupe cinématographique et dont il écrit le scénario, la musique et supervise le tournage. *La Licorne*, septembre 1968.



Pierre Dominique Scheder

Florilège de paroles pas si folles

À l'enseigne d'un psychiatre : « Prière de ne pas sonner. On l'est déjà. »

« Cher confrère, avez-vous l'heure ? » « Non. Mais content de pouvoir en parler. »

Différence entre un train et un psychiatre : Le train quand il déraile il s'arrête.

J'ai cessé d'être fou quand j'ai découvert que la réalité est plus folle, plus belle que le plus fou de mes délires. Dès lors je préfère la réalité à mes délires et à l'ivresse.

« Quel jour on est ? » « Je m'en fous complètement ! » « Votre domicile ? » « Citoyen de l'univers. »

Pour faire tousoter votre psychiatre. Parlez-lui de la théorie de la relativité vue par un fou !

« Cher Monsieur vous n'allez pas en faire tout un roman de votre vie ? » « Mais que oui ! Je m'appelle Maupassant »

De tout être peut surgir un Christ

« Scheder t'es croyant toi ? » « Oui mais je ne crois pas n'importe quoi ! »

« Dominique, vous êtes un peu haut » me dit mon célèbre psychiatre aérostier.... « Et vous donc ? »

« Guérir, se rétablir c'est retrouver la capacité d'aimer et d'être aimé » (Madeleine Pont)

Monsieur Scheder êtes-vous suicidaire ? Non mais merci de l'idée

« Docteur je m'intéresse au TAO ! » « Vous vous dispersez ! »

« Il s'agit non seulement de guérir sa vie, mais surtout de guérir LA VIE. » (Artaud)

« Ce soir je sors sans moi ! » (Christian)

« Même en plein délire, en pleine folie le fond de ta nature reste intact. » (Nelly)

Romain Gary : « Il faudrait aménager l'espace public pour qu'en tout moment y puisse passer un troupeau d'éléphants ou une meute de loups ! »

« Il y a plus de risque à ne rien faire qu'à s'engager ! » (Piccard)

« Que faire ? » disait Lénine. « Surtout rien » dit ma frangine !

« Oh douce folie ne me quitte pas, car sans toi la vie serait morne et triste » (Beb)

« L'Enfant, le père de l'homme. Dieu ! Pourquoi pas s'il est dynamique ! » « L'œuf ou la poule ? » « Je ne sais pas. Moi j'étudie le poussin ! » « Au début est la réponse. » (Piaget)

Jon Monnard

Est-ce plus simple quand on ne porte ni le titre ni
la blouse blanche ?

Tout est rattrapable et réversible.

Un psy jungien lors d'un colloque enfumé : « Faudrait commencer par ouvrir la fenêtre ! »

« Vous en avez des choses à nous dire ! » Une psy alors que j'étais plongé dans un douloureux mutisme.

Les jolies voix : « Tu es celui qu'Israël attend. L'écriture te sauvera. Tu auras une douce et belle revanche. Désormais tu ne seras plus jamais seul. »

« Je me sens à l'étroit dans l'espace temps ! » Ramuz

Je suis un peu l'Alexandre Jolien de la psychiatrie. (Épistémologue piagétien rétabli de la schizophrénie.)

C'est dans les temps sabbatiques obligés, (Rentier AI) que j'ai donné le plus de moi-même à la société. (GRAAP, vie conjugale et de famille, paternité, chanson, écriture, engagement dans la fraternité franciscaine laïque, engagement politique, j'ai le cœur à gauche, comme tout le monde, etc.) Actuellement je milite pour le désarmement sous l'uniforme du personnage que j'ai créé, le Général de la Gaudriole.

« Schizophrénie paranoïde évolutive » (Diagnostic de mes 20 ans) ça évolue plutôt bien !

Effet secondaire possible du neuroleptique ©Zyprexa : Mort subite !

Freud c'est complexe, Jung ça va de Soi.

Je sors de l'hôpital psychiatrique. J'arrive dans la rue. Il y avait un monde « fou ! »

Quand un camarade de folie en crise mystique me dit être le Messie. On ne peut pas complètement l'exclure. Voyons ses œuvres.... L'un d'eux institua le sacrement de l'eucharistie avec des carottes vouant un culte à un Lapin cosmique et universel.

Richard faisait l'amour avec la lune ! rejoignant par-là une mythologie primitive.

« Mon compte est jaune » réclame de la Poste. « Et mon canari il est de quelle couleur ? » rétorque Denis en se déboutonnant en public.

De tout être peut surgir un Christ.

« Docteur, je peux marcher sur les eaux ! » « Et alors ? »

« Papa est-ce que ça existe les tapis volants ? » « Peut-être ! On ne peut l'exclure. De même pour les petits nains. » J'ose penser qu'un univers enchanté côtoie celui de l'espace-temps. Les poètes, les enfants, les folles et les fous, les petites gens y ont accès. Il faudrait établir une interrogation « clinique » selon la méthode piagétienne de cette population.

La guerre... bon d'accord. Mais pas besoin d'en faire toute une Histoire !

« C'est dans la solitude que j'ai fait mes plus belles rencontres. » (Popol)

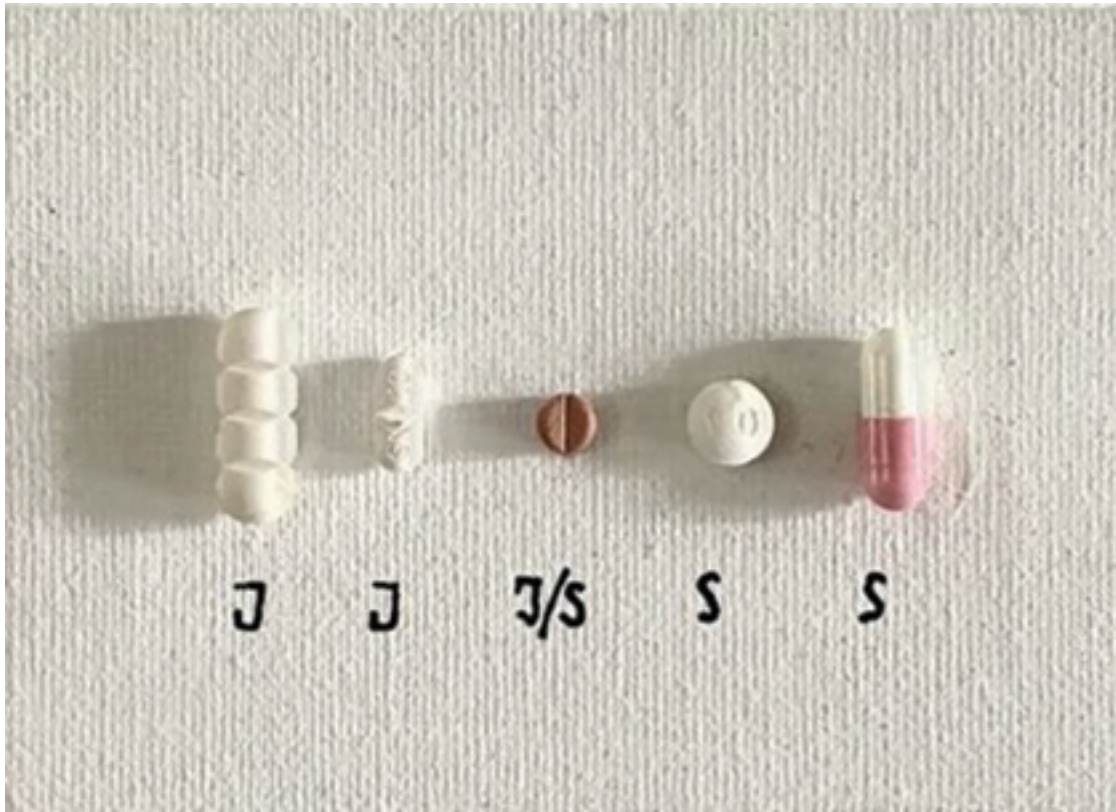
Pendant près de 10 ans, j'ai eu des anxiétés sévères. Ces crises, particulièrement violentes et handicapantes, se déclenchaient quotidiennement. À l'intérieur, la bête grossissait, évoluait, devenant le grand méchant à vaincre à la fin des niveaux de jeux vidéo.

Aujourd'hui, je vais beaucoup mieux. En allant mieux justement, j'ai décidé, par mon métier d'écrivain, d'aller là où les autres « collègues » n'allaient que très rarement : animer des ateliers d'écriture en institution psychiatrique – depuis que le sujet de la santé mentale est devenu tendance, ils/elles s'y intéressent ; des livres sont publiés à leur nom, traitant de la souffrance des autres.

J'ai envoyé un email spontané à une adresse générique du CHUV. On m'a renvoyé vers le D^r Charles Bonsack. J'aime bien Charles. Il est enthousiaste, drôle, plein de fraîcheur et surtout ouvert sur le monde pour de vrai, et sur le bien-être des patient.es. Grâce à son soutien, on a commencé les ateliers à Césure, les ateliers de réhabilitation situés sur le site de l'hôpital de Cery.

J'avoue, la veille puis le premier jour, sur le chemin qui longe le stade de football, mes pensées me renvoyaient vers la littérature que j'avais lue et les films que j'avais vus sur la psychiatrie. Également vers les « si tu continues comme ça, Jon, on t'envoie à Marsens » de mes parents quand j'étais enfant. À tout cet imaginaire de peur. Je suis arrivé plein de bonne volonté, très peu sûr de moi, mais persuadé de ce que je voulais amener aux bénéficiaires des ateliers : un bon moment d'écriture, sincère et bienveillant. Si j'avais enseigné auparavant, je n'ai jamais trouvé d'élèves aussi consciencieux. Ses et à l'écoute que les personnes que j'avais devant moi. Nous sommes passés par plusieurs salles. Les bénéficiaires venaient, partaient, revenaient, d'autres nous rejoignaient en cours de route. Parfois, après la session d'écriture, certain.es se confiaient à moi ; est-ce plus simple quand on ne porte ni le titre ni la blouse blanche ?

Un jour il est devenu important pour moi que nous sortions du secteur hospitalier. Nous avons commencé à visiter des expositions pour écrire à leur sujet. Nous avons écrit dans les jardins attenants à la maison de Ramuz. Nous avons filmé leur lecture d'un texte performé sur une scène du théâtre de Vidy. Ils/elles publient aujourd'hui un texte dans ce livre anniversaire. Et c'est tout ce qui compte pour moi : leur donner la parole, les écouter, vivre un moment unique ; qu'ils/elles écrivent leur propre histoire.



Jon Monnard, « Rencontre », 2024.
Peinture acrylique, toile, pilules, gélules, colle (10 x 7 cm).

Loin des soirées champagne, de l'entre-soi artistique, j'ai appris d'eux que la simplicité amenait à plus de vérité envers soi et les autres. Ils/elles ont amené des textes francs, ultra-crétifs, invoquant philosophie de vie, humour et beauté. Je n'ai jamais considéré mes ateliers comme des ateliers d'art-thérapie. Je n'ai pas cette prétention. Mais, j'espère que d'une manière ou d'une autre, ils/elles y ont trouvé la preuve de toute leur richesse.

Éric B.

Cery 2024, je m'éclate !



Assis sur ma chaise rembourrée bien confortable, je construis mon projet personnel. Un ordinateur, des envies de création, des programmes que je n'ai pas chez moi... Vais-je poursuivre ma BD ? Ou vais-je reprendre mon enquête valaisanne ? À moins que je ne finalise mon livre et corrige certaines faiblesses de mon texte ? Ce qui est sûr, c'est que les moyens mis à disposition par le CHUV pour mon Atelier de réhabilitation sont appréciés ! De plus, les rencontres avec les autres bénéficiaires sont très sympas et enrichissantes. Lors d'un Atelier d'écriture, nous avons pu voir d'anciennes photos de Cery... **En un siècle, quelle évolution ! Quel contraste entre ces deux époques : 100 ans... Juste quatre générations...** J'ai de la chance de vivre en 2024... Si j'étais resté à la maison, je n'aurais pas appris à maîtriser Photoshop, ni finalisé mes créations !

Texte réalisé lors de l'Atelier d'écriture, photo réalisée à l'Atelier multimédia par un bénéficiaire selon ma mise en scène cadrage et réglages, texte mis en forme par informatique, juin 2024 à Cery afin de souligner le contraste entre 1920 et 2024.

Éric B., 2024.



Couloir de l'asile de Cery (s.d.).



Tapé à la machine à écrire mécanique au Musée de la machine à écrire de Lausanne en mai 2024. Pour le côté visuel « 1920 », dans un but artistique. Texte écrit d'un jet, improvisé, défauts compris, lors d'une journée Portes ouvertes. La photo m'ayant choqué, je me suis imaginé ce que pouvait penser l'une de ces personnes n'ayant plus aucun avenir...

Éric B., 2024.

Bénéficiaire des Ateliers de réhabilitation de Cery

2 010, je perds mon travail, retourne chez mes parents, vais chez un psy : schizophrénie simple. Médicament efficace prescrit par le psy.

Ma mère cherche sur internet un atelier protégé pour m'occuper. Elle trouve les Ateliers de réhabilitation de Cery et téléphone, un rendez-vous est pris. L'infirmière de liaison nous accueille chaleureusement. Je choisis la menuiserie. Au début, je déteste. Je ponce tout le temps. Puis je fais connaissance petit à petit avec les autres bénéficiaires. Les deux maîtres socioprofessionnels m'encouragent, m'écoutent et me font confiance. Je me lance dans des projets personnels, comme une boîte à crayons de couleur à tiroirs et des lettres en bois en forme d'animaux. Les Maîtres socioprofessionnel.les (MSP) me soutiennent et m'accompagnent pour la réalisation technique. Je découvre aussi le cannage de chaises.

Plus tard je m'inscris à l'atelier d'arts visuels « Césure ». **Ce n'est ni un cours ni de l'art thérapie. Nous choisissons nos projets. Je dois être auto-motivée et autonome.** À ma place, je peins à la gouache, à l'aquarelle. Je réalise des découpages. J'apprends de nouvelles techniques comme la gravure sur gomme en vue d'impressions. Accompagnée par notre MSP enthousiaste, j'évolue avec plaisir et participe aux expos collectives. Sans pression, je ressens de la tolérance face à mes points faibles ce qui diminue ma culpabilité. Avec cette infrastructure et ses collaborateurs, j'ai la chance de pouvoir développer mes capacités artistiques. Je m'y socialise et garde un rythme de vie régulier, malgré ma difficulté à me lever le matin.

2024, confiance, joie de créer, acquisitions de nouvelles compétences. Merci aux MSP pour leur travail.

L'espace de création artistique « Césure »
des Ateliers de réhabilitation
représenté pendant la période COVID.
Dessin réalisé par Sybil, circa 2021.



Liste des contributeurs, contributrices et témoins

Contributeurs et contributrices

Abdeljalil est bénéficiaire des Ateliers de réhabilitation sur le site de Cery, au jardin puis au recyclage informatique. Il a suivi plusieurs cures à Tamaris contre l'alcoolisme.

Aude Fauvel est privat-docent et Maître d'enseignement et de recherche à l'Institut des humanités en médecine (CHUV-UNIL). Ses travaux portent notamment sur l’histoire de la psychiatrie, de la médecine légale et de la sexualité, selon une perspective « par le bas » prêtant attention aux acteur.ices longtemps invisibilisé.es dans l’histoire de la médecine (patient.es, femmes, soignant.es).

Cédric est bénéficiaire des Ateliers de réhabilitation, où il participe à l’atelier d’écriture. C’est un grand amateur de football.

Élodie Murtas est historienne, spécialiste des pratiques cinématographiques à Cery auxquelles elle a consacré sa thèse de doctorat. Elle est post-doctorante FNS à l’UNIL., engagée dans le projet « Cinéma et (neuro)psychiatrie en Suisse : autour des collections Waldau (1920-1970) » dirigé par Mireille Berton.

Émilie Bovet est socio-anthropologue et historienne de la médecine, Maître d’enseignement à la Haute école de Santé Vaud (HESAV). La santé mentale et la psychiatrie font partie de ses principaux domaines de recherche et d’enseignement. Elle est membre de la Commission cantonale d’éthique de la recherche sur l’être humain.

Eric B., mécanicien-électronicien, ingénieur en électricité, a travaillé à l’École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL), puis comme conducteur de trains et formateur. À la suite de son licenciement, d’un divorce et d’une dépression, il rejoint les Ateliers de réhabilitation, où il participe à l’atelier d’écriture, réalise des bandes dessinées et fait de la photographie.

Florence Choquard est diplômée de l’École Supérieure des Arts Visuels (ESAV) de Genève et docteur en psychologie (UNIL) et histoire (EHES). Co-animatrice de l’Atelier de peinture de Cery, elle est spécialiste de l’histoire des écrits et des dessins des patient.es psychiatriques et chercheuse associée à l’Institut des humanités en médecine (CHUV-UNIL).

Jon Monnard, écrivain et artiste suisse, est auteur d’un roman salué par la critique. Engagé dans la réinsertion et les questions de santé mentale, il anime des ateliers d’écriture et est chercheur associé à l’Institut des humanités en médecine (CHUV-UNIL) en histoire de la psychiatrie. Il se consacre aussi à l’écriture visuelle et à l’exposition d’archives.

Marco Cicchini est docteur en histoire, collaborateur scientifique à la Fondation des sources du droit suisse (Université de Saint-Gall). Il est spécialisé dans l’histoire des régulations sociales (justice, police, psychiatrie légale) et des sociabilités urbaines.

Mikhaël Moreau est historien, engagé comme doctorant à l’Institut des humanités en médecine (CHUV-UNIL.), dans le projet FNS « MEDIF » dirigé par Aude Fauvel et Rémy Amouroux (UNIL) sur l’histoire des premières femmes médecins. Il réalise une thèse de doctorat sur les stratégies d’alliance des doctoresses et leurs réseaux professionnels franco-suisses (1870-1940).

Pierre Dominique Scheder est psychologue et usager de la psychiatrie. En 1987, il cofonde le Groupe romand d’accueil et d’action psychiatrique (GRAAP) avec Madeleine Pont au sein duquel il anime un atelier d’écriture. Écrivain, poète et chansonnier, il a mis sa plume et sa guitare au service des malades et des amoureux de la poésie « appliquée ».

Sybil est bénéficiaire à l’atelier Césure, où elle mène une activité créatrice à travers le dessin, la peinture et l’écriture.

Témoins

Andreas Steck est professeur émérite de neurologie à la Faculté de Médecine de l’UNIBAS. Il est le fils de Hans Steck et d’Eva Maria Steck-Dürrenmatt. Il préside l’association Art et Médecine (AAM), qui gère les archives de son père, la collection de sa famille et vise à faire connaître l’œuvre d’Aloïse Corbaz, figure emblématique de l’Art brut.

Barbara Steck est privat-docent en psychiatrie et psychothérapie de l’enfant et de l’adolescent à l’UNIBAS. Dès 1978, elle travaille au Service universitaire de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent de l’UNIL, puis assure une consultation spécifique pour l’adoption. En 1994, elle est engagée au service universitaire de pédopsychiatrie de Bâle, où elle effectue son FMH.

Claude Cantini est infirmier, historien et journaliste. Il est infirmier, puis infirmier-chef à Cery (1954-1989), diplômé de la formation d’infirmier de la Société suisse de psychiatrie (1957). Durant sa carrière, il n’a de cesse de lutter pour la reconnaissance professionnelle des infirmiers et infirmières, dont il a également contribué à faire connaître l’histoire.

Elisabeth Fivaz-Depeursinge est psychologue-psychothérapeute, cofondatrice du Centre d’étude de la famille (CEF) à l’hôpital de Cery avec le Professeur Kaufmann (1975), privat-docent et Maître d’enseignement et de recherche à l’École de médecine de l’UNIL (1990). Co-présidente du CEF jusqu’à sa retraite en 2004, elle a été Professeure invitée aux Universités de Tel-Aviv et de Rome.

François Borgeat est psychiatre. En 1984, il est nommé chef du Département de psychiatrie de la Cité de la santé de Laval au Québec. De 1988 à 1996, il est directeur du Département de psychiatrie de l’Université de Montréal, puis chef du DUPA de l’UNIL de 1996 à 2001. Il partage ensuite son temps entre Lausanne et Montréal où il retourne en 2005.

Françoise Schenk est professeure et chercheuse en psychophysiologie. Nommée professeure associée à l’Institut de psychologie de la Faculté des sciences sociales et politiques (SSP, 1991) et à la Faculté de médecine de l’UNIL (1996), elle dirige l’Institut des sciences du sport et de l’éducation physique (1996-2004). Elle devient professeure ordinaire à l’Institut de psychologie en 2007.

Jacques Gasser est psychiatre et historien, titulaire d’un doctorat de l’École des hautes études en sciences sociales (EHES). En 1990, il est engagé à Cery, promu Médecin-associé en 1997, en charge de l’Unité d’expertise. De 2003 à 2011, il assume également la fonction d’Adjoint au chef du DP-CHUV, puis de Professeur et chef du DP de 2011 jusqu’à son départ à la retraite en 2021.

Patrice Guex est interniste, psychiatre de liaison et psychothérapeute. Médecin-chef de la Division autonome de médecine psychosociale (DAMPS), il est nommé professeur en 1991. Dès 1998, il est chef du Service de psychiatrie de liaison et adjoint au chef du DUPA, puis chef du DUPA de 2001 à 2006 et enfin chef du DP-CHUV de 2003 à sa retraite en 2011.

Pierre Magistretti est médecin et neuroscientifique. Il est nommé professeur ordinaire de physiologie à l’UNIL (1988), puis directeur du Centre de neurosciences psychiatriques (2004) et du Brain Mind Institute (BMI) de l’EPFL (2005), qu’il dirige jusqu’en 2012. De 2010 à 2016, il dirige également le Swiss National Center for Competence in Research (NCCR) SynaPsy.

Fonds d'archives
Archives cantonales vaudoises (ACV)
ACV S 231 Hôpital de Cery (1834-1986)
ACV SB 258 Hôpital de Cery (1791-2010)
ACV SB 261 E Dossier de patients auteurs connus du Professeur Steck (1899-1967)
ACV SB 297 Département de psychiatrie CHUV (1899-2011)
ACV PP 1032 Steck, Hans (1895-2015)
ACV PP 1033 Bader, Alfred (1921-2006)

Cinémathèque suisse
Fonds Ernest Ansorge, CSL 035 Ansorge

Archives privées
Steck-Dürrenmatt, Éva, Biographie de Hans Théodore Steck 7 mars 1891-19 septembre 1980 (1992)
Archives de la Famille Steck

Sources imprimées
<i>Bulletins du Grand Conseil du canton de Vaud</i> [en ligne] (Lausanne, 1829-, annuel, puis semestriel)
<i>Compte rendu du Conseil d'État du canton de Vaud/Rapport annuel du Conseil d'État</i> (Lausanne, 1829-, annuel)
<i>Département de la planification sanitaire</i> , 1966
<i>En Famille - je vois tout</i> [en ligne] (Lausanne, 1925-1953, hebdomadaire)
<i>Feuille d'avis de Lausanne/24b</i> [en ligne] (Lausanne, 1762-, quotidien)
<i>La Licorne</i> (Cery, 1963-1972, mensuel)
<i>L'Hebdo</i> [en ligne] (Lausanne, 1981-2017, hebdomadaire)
<i>L'Illustré</i> [en ligne] (Lausanne, 1921-, hebdomadaire)
<i>Pour tous</i> [en ligne] (Lausanne, 1945-1966, hebdomadaire)
<i>Radio TV - je vois tout/Radio TV 8</i> [en ligne] (1923-2023, Lausanne, hebdomadaire)
<i>Rapports annuels de Cery/des institutions psychiatriques du canton de Vaud</i> (Cery, 1900-2006, annuel)
<i>Recueil des lois, décrets, arrêtés et autres actes du gouvernement du canton de Vaud/Recueil annuel de la législation vaudoise</i> (Lausanne, 1876-2005, annuel)
<i>Revue de Lausanne/Nouvelle revue de Lausanne</i> [en ligne] (Lausanne, 1868-1991, quotidien)
<i>Tribune de Lausanne/Le Matin</i> [en ligne] (Lausanne, 1862-, quotidien)

Bibliographie
Ansorge, Ernest , « La caméra au service de la psychiatrie », <i>Bolex reporter</i> (1971) 16-17.
Badel, Claude , « Le travail des malades dans un hôpital psychiatrique : enquête organisée auprès de malades mentaux et auprès des responsables des ateliers de la Clinique psychiatrique universitaire de Cery », travail de diplôme de l'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne (Lausanne 1969)
Bader, Alfred , <i>Catalogue des 28 films réalisés à l'Hôpital de Cery de 1963 à 1981</i> , Centre d'études de l'expression plastique de la Clinique psychiatrique universitaire de Lausanne (Lausanne 1982)
« Filmarbeit einer autonomen Patientengruppe », <i>Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie</i> 124 (1979) 286-290.
<i>Centenaire de l'Hôpital de Cery. Dix années d'activité du Centre d'études de l'expression plastique de la clinique psychiatrique universitaire de Lausanne</i> (1973)
« Cinéma et psychiatrie », <i>Rapport de la Société vaudoise d'hygiène mentale</i> (Lausanne 1971)
« L'expression cinématographique à l'hôpital psychiatrique », <i>Rapport de la Société vaudoise d'hygiène mentale</i> (Lausanne 1970)
« Les dessins de fous et leur rapport avec l'art », <i>Pour l'art</i> 70 (1970) 17-18.
<i>Filmen als Beschäftigungstherapie und Ausdrucksmöglichkeit für psychisch Kranke</i> , Bayer (Leverkusen 1970)

Bader, Alfred / Christian Müller, « The cinema and the mental patient : A new form of group therapy », *Current psychiatric therapies* 8 (1968) 169-172.

Barras, Vincent, « Cachots et remèdes. Histoire de quelques fous à Genève au 18^e siècle », thèse de doctorat en médecine (Genève 1989)

Barthe, Evelynne-Alice-Hélène, « Le neuropsychiatre Hans Steck : 1891-1980 », in : Christian Müller /Jean-Daniel Zbinden (éds), *Portraits de psychiatres romands* (Lausanne 1995) 159-210.

Bosson, Bernard / Florence Choquard, *Cery 1920-1960 : peintures, dessins, collages, écrits* (Prilly 2014)

Bovet, Pierre (éd.), « Mesures de contention dans les hôpitaux psychiatriques du Canton de Vaud », Rapport d'un groupe de travail du Département de Psychiatrie-CHUV (Lausanne 2009)

Cantini, Claude, « Asile de Cery, 1919 », *Cabiers d'histoire du mouvement ouvrier* 18 (2002) 113-119.

<i>Pour une bistoire sociale et antifasciste. Contributions d'un autodidacte</i> (Lausanne 1999)
« Souvenir d'un ancien infirmier (à Cery 1954-1989) », <i>L'Écrit</i> 4 (1997) 1-8 [en ligne, consulté le 1 ^{er} mars 2024] https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_E26E45C5E109.P001/REF.pdf
« Les luttes syndicales à l'Asile de Cery », <i>Cabiers d'histoire du mouvement ouvrier</i> 4 (1987) 43-51.
« Répression et psychiatrie ou un siècle de travail à l'hôpital de Cery », <i>Psychiatrie pratique</i> 2-4 (1972)

Cantini, Claude / Jérôme Pedroletti / Geneviève Heller, *Histoires infirmières. Hôpital psychiatrique de Cery sur Lausanne, 1940-1990* (Lausanne 2000)

Castel, Robert, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme* (Paris 1976)

Choquard, Florence, « L'hypothèse du parallélisme schizo-primitif », *Archives suisses de neurologie et psychiatrie* 169 (2018) 19-25.

« Le regard de Hans Steck sur les œuvres d'Aloïse Corbaz », in : Lille métropole musée d'art contemporain et d'art brut (éd.), *Aloïse Corbaz en constellation* (Anvers 2015) 13-17.

« Le regard d'un psychiatre sur les écrits de la folie. La carrière de Hans Steck à l'Asile psychiatrique de Cery (1920-1960) », thèse de doctorat en cotutelle en psychologie (UNIL) et en histoire (EHESS) (Lausanne et Paris 2012)

Crisinel, Edmond-Henri, « La fête des cerises », *Alectone et textes en prose 1934-1948* (2021)  26-30 [en ligne, consulté le 8 juillet 2024] https://ebooks-bnr.com/ebooks/pdf4/crisinel_alectone_textes_en_prose.pdf

Cicchini, Marco, « La souris ne peut pas jouer avec le chat ». Marc Christin, un écrivain à l’asile (Cery, vers 1900)», *Criminocorpus* (2022) [en ligne, consulté le 19 décembre 2023] <https://journals.openedition.org/criminocorpus/11648>

Cicchini, Marco / Ludovic Maugué, « L’impossible asile. La maison des aliénés de Corsier (1832-1838) », *Revue d’histoire moderne et contemporaine* 68, 1 (2021)  72-98.

Collaud, Yves *et al.*, « Rapport historique sur les dispositifs vaudois d’internement administratif (1900-1970) », Universités de Lausanne et Université de Fribourg (Lausanne et Fribourg 2015) [en ligne, consulté le 8 juillet 2024] https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_2B1BA4A269AF.P001/REF.pdf

Dodman, Thomas, *Nostalgie : Histoire d’une émotion mortelle*, traduit de l’anglais par Alexandre Pateau/Marc Saint-Upéry/Johanna Blayac (Paris 2022 [2018])

Esposito, Piergiuseppe, « Health and pleasure ». Le tourisme médico-sanitaire dans l’Arc lémanique et le Chablais vaudois : de la consommation de soins à l’innovation de produit (1850-1914)», thèse de doctorat en lettres, Université de Lausanne (Lausanne 2017)

Fauvel, Aude, « Psychiatrie et désobéissance Écrire à l’asile : la France, la Grande-Bretagne et l’exception écossaise (19^e siècle)», in : Isabelle Heullant-Donat *et al.* (éds.), *Enfermements*, vol. 2 « Règles et dérèglements en milieu clos (14^e-19^e siècle) » (Paris 2015)  393-407. [en ligne, consulté le 3 janvier 2024] <http://books.openedition.org/psorbonne/56718>

« De l’aliénisme à la psychiatrie. Triomphes et déboires de la médecine de la folie au 19^e siècle », in : Francis Démier/Claire Barillé (éds), *Les maux et les soins : médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au 19^e siècle* (Paris 2007)

Fau-Vincenti, Véronique, « Valeur du travail à la 3^e section de l’hôpital de Villejuif : entre thérapie et instrument disciplinaire », *Criminocorpus* (2014) [en ligne, consulté le 19 décembre 2023] <https://criminocorpus.hypotheses.org/7745>

Favre, Willy / Christian Müller, *Changements dans la composition des admissions à l’Hôpital de Cery de 1930 à 1980* (Lausanne 1985)

Ferreira, Cristina, « Exploiter les “forces saines” des malades : le travail à l’asile psychiatrique de Cery (20^e siècle) », *Cabiers de l’AEHMO* 40 (2024)  15-31.

Ferreira, Cristina / Ludovic Maugué, « Prévenir le risque de récidence par l’obligation de soins : les apories de l’article 59 du code pénal suisse », *Cbamp pénal* 14 (2017) [en ligne, consulté le 7 octobre 2020] <http://journals.openedition.org/champpenal/9473>

Ferreira, Cristina / Ludovic Maugué / Sandrine Maulini, *L’homme-bus. Une histoire des controverses psychiatriques (1960-1980)* (Genève 2020)

Forel, Auguste / Mahaim, Albert, *Crime et anomalies mentales constitutionnelles : la plaie sociale des déséquilibrés à responsabilité diminuée* (Kündig 1902)

Forel, Jacqueline, *Contribution à l’étude de l’art psychopathologique. Aloyse ou la peinture magique d’une schizophrène* (Lausanne 1953)

Forel, Jacqueline, Aloïse, *publications de la Collection de l’Art Brut*, fascicule 7 (Paris 1966)

Fussinger, Catherine / Deodaat Tevaearai, *Lieux de folie. Monuments de raison. Architecture et psychiatrie en Suisse romande, 1830-1930* (Lausanne 1998)

Fussinger, Catherine / Urs Germann / Martin Lengwiler, « Diversification de la psychiatrie en Suisse : état et perspectives de recherche en histoire de la psychiatrie », *Traverse : Revue d’histoire* 10 (2003)  21-31.

Garibian, Taline, *75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne. Du Bercaïl au Centre psychotérapeutique* (Lausanne 2015) [en ligne, consulté le 4 janvier 2024] https://libreo.ch/de/content/download/610716/3771850/1?fileName=75ans%20de%20p%C3%A9dopsychiatrie_%C3%A0_Lausanne.pdf

Gasser, Jacques / Bertrand Yersin (éds), *Prescrire la contrainte ?* (Genève 2000)

Guillemain, Hervé, *Schizophrènes au 20^e siècle. Des effets secondaires de l’histoire* (Paris 2018)

Hofer, Johannes, « Dissertatio Medica De Nostalgia, Oder Heimwehelgie », thèse de médecine (Bâle 1688)

Kleiber, Charles, *La psychiatrie publique vaudoise : situation actuelle et évolutions possibles* (Lausanne 1984)

Klein, Alexandre / Hervé Guillemain / Marie-Claude Thifault (éds), *La fin de l’asile ? Histoire de la désbospitalisation psychiatrique dans l’espace francophone au 20^e siècle* (Rennes 2018)

Klein, Georges / Jacques Gasser, « L’évolution de la psychiatrie à travers les dossiers de patients : l’exemple de l’hôpital psychiatrique de Cery, 1873-1959 », *Revue historique vaudoise* 103 (1995)  65-86.

Klein, Georges / Jean-Jacques Dreifuss, *Évolution des modalités d’admission non volontaire en hôpital psychiatrique : l’exemple de Cery : 1873-1949* (Lausanne 1996)

Lemuel, Francis, Christin, Marc, *Les évincés. Pages vécues* (Lausanne 2024 [1905])

Martin, Nicole, « Mes impressions sur l’École ménagère », *La Licorne* 5 (mai 1968)  12.

Majerus, Benoît, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au 20^e siècle* (Rennes 2013)

« La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie », *Genèses* 82, 1 (2011)  95-119.

Mladinic, Liliane, « L’animation à l’hôpital psycho-gériatrique de Prilly ou à la recherche d’une identité professionnelle », travail de diplôme de l’École d’études sociales et pédagogiques de Lausanne (Lausanne 1990)

Moreau, Mikhaël, « La parole des alcooliques entre sollicitations et (dis)crédit », in : Cristina Ferreira *et al.* (éds), *Paroles, paroles. Comment l’État écoute ses justiciables* (Lausanne 2024)

« Les paroles s’envolent, les écrits restent ». Traces ordinaires de psychopathes internés à Cery», *Criminocorpus* (2021), [en ligne, consulté le 19 décembre 2023] <https://journals.openedition.org/criminocorpus/9947>

Moreau, Mikhaël / Cristina Ferreira, « La thérapeutique par le travail contraint à la colonie agricole pénitentiaire des Prés-Neufs (20^e siècle) », *Tsantsa – Journal of the Swiss Anthropological Association* 25 (2020)  30-43.

Müller, Christian, *Miniatures psychiatriques : témoignage d’un médecin au travail* (Genève / Paris 2007)

Nouvelles de ce monde-là (Genève 2004)

De l’asile au centre psychosocial : esquisse d’une histoire de la psychiatrie suisse (Lausanne 1997)

Les institutions psychiatriques : possibilités et limites (Berlin 1982)

« Introduction », *La Licorne* 1 (décembre 1963)  1.

Murat, Laure, *La maison du docteur Blanche : histoire d’un asile et de ses pensionnaires, de Nerval à Maupassant* (Paris 2001)

Murtas, Élodie, « L’hôpital psychiatrique fait son cinéma : le cas Cery », thèse de doctorat en lettres (Lausanne 2021)

Pedroletti, Jérôme, *La formation des infirmiers en psychiatrie. Histoire de l’école cantonale vaudoise d’infirmières et d’infirmiers en psychiatrie 1961-1996 (ECVIP)* (Genève 2004)

Peiry, Lucienne, *Hans Steck ou le parti pris de la folie* (Lausanne 1992)

Perrin, G. A., « Point de vue d’un malade concernant l’article publié par la Tribune de Lausanne sous le titre «La machine judiciaire face aux droits de la Personnalité – Du Bois-Mermet à l’Hôpital de Cery – Le Cheminement d’une longue enquête », *La Licorne* 4 (février 1967)  1-5.

Planification hospitalière 1966 (Lausanne 1966)

Pilloud, Séverine, *La tbérapeutique par le travail dans le traitement de la maladie mentale, du 19^e siècle à nos jours. Le cas du canton de Vaud. De l’hospice des aliénés du Champ-de-l’air (1810-1873) à l’hôpital psychiatrique de Cery (1873-1970)* (Lausanne 1996)

Pin, Véronique, *Psychiatrie et institutions suisses : histoire de l’ergothérapie et son évolution à l’hôpital psychiatrique et universitaire de Cery*, Haute école de travail social et de la santé, Lausanne (2008)

Porret-Forel, Jacqueline, *La voleuse de Mappemonde. Les écrits d’Aloïse* (Genève 2004)

Aloïse et le théâtre de l’univers (Lausanne 1993)

	Liste des QR-Codes
Rogues de Fursac, Joseph , <i>Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales</i> (Paris 1905)	
Scheder, Pierre Dominique , <i>L'auto-jaune</i> (Lausanne 2005)	
Schenk, Françoise / Geneviève Leuba / Christophe Büla (éd.s), <i>Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer : autour de la notion de plasticité</i> , (De Boeck Université 2004)	
Schneider, Pierre-Bernard , « Au sujet d'une expérience en cours : le traitement des déséquilibrés caractériels d'après Maxwell Jones », <i>Archives suisse de neurologie et de psychiatrie</i> 73 (1954) 463-470.	p. 29, Images de Cery à différentes époques. Département de psychiatrie/CHUV Images publiées par la BPUL .URL : https://www.chuv.ch/fr/psychiatrie/dp-home/en-bref/images-de-cery , consulté le 23 novembre 2023.
Secrétan, Claude , <i>L'hôpital de Cery 1873-1973</i> (Lausanne 1973)	p. 36 RTS, Madame TV, Les infirmières en psychiatrie, (21') URL : https://www.rts.ch/archives/1967/video/les-infirmieres-en-psychiatrie-28385765.html , consulté le 18 février 2025.
Starobinski, Jean , <i>Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900</i> (Bâle 1960)	p. 37, RTS, Progrès de la médecine, Le traitement moderne de la maladie mentale (5'34 – extrait). URL : https://www.rts.ch/play/tv/edition-archives/video/une-visite-a-lhopital-de-cery?urn=urn:rts:video:14631853 , consulté le 26 février 2024.
Starobinski, Jean / William S. Kemp , « The idea of nostalgia », <i>Diogenes</i> 14, 54 (1966) 81-103.	p. 39, RTS, Progrès de la médecine, «L'art en psychiatrie», présentée par Alexandre Brugger, 8 juillet 1965 (22'). URL : https://www.rts.ch/archives/tv/divers/progres-de-la-medecine/3435635-lart-brut-a-cery.html , consulté le 9 février 2023.
Steck, Hans , « Jules Doudin », in : <i>Publications de la Collection de l'Art Brut</i> 10 (Lausanne 1977) 7-45.	p. 39, RTS, Carrefour, 4 février 1969. URL : https://www.rts.ch/archives/tv/information/carrefour/3458500-carrefour-040269.html , consulté le 09 février 2023.
« La mentalité primitive et la pensée magique des schizophrènes », in : <i>Petits maîtres de la folie. Textes de Jean Cocteau, Georg Schmidt, Hans Steck, Alfred Bader</i> (Lausanne 1961) 21-32.	p. 51, RTS, Temps présent, L'affaire Martial : bruits et solitude (61') , diffusé le 3 avril 1986. URL : https://www.rts.ch/play/tv/temps-present/video/affaire-martial-bruits-et-solitude?urn=urn:rts:video:4717797 , consulté le 11 décembre 2023.
« Les attitudes schizophréniques : l'attitude ironique et ludique », <i>L'Évolution psychiatrique</i> 1 (1956) 363-378.	p. 68, Trois projets lauréats du concours d'architecture. «Restructuration du site de soins psychiatriques de Cery», <i>Tracé : bulletin technique de la Suisse romande</i> 136 (2010) 21-24. URL : https://www.e-periodica.ch/cntmng?pid=bts-004%3A2010%3A136%3A%3A857 , consulté le 20 novembre 2023.
« Le syndrome extrapyramidal et diencéphalique au cours des traitements au largactil et au serpasil », <i>Annales médico-psychologiques</i> 112/2 (1954) 737-744.	p. 68, Projet GD Architectes. URL : https://gd-archi.ch/projet/cery/ , consulté le 23 novembre 2023.
<i>De l'asile d'aliénés à l'hôpital psychiatrique (150 ans d'assistance psychiatrique dans le canton de Vaud)</i> (Lausanne 1948)	p. 68, Projet Tribu Architectes. URL : https://tribu-architecture.ch/projets/87/cery/ , consulté le 23 novembre 2023.
« L'assistance psychiatrique en dehors de l'asile d'aliénés », Rapport annuel de la Société de patronage des aliénés et Ligue d'Hygiène mentale du canton de Vaud (Lausanne 1929)	p. 70, Article du 24b (2 septembre 2013). URL : https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/dp-cery-24h-2sept2013.pdf , consulté le 23 novembre 2023.
Steck, Hans / Georges Schneider , <i>Les œuvres d'art à l'hôpital de Cery</i> (Lausanne 1960)	p. 70, Exposé des motifs et projet de décret 46. Texte du Conseil d'État. URL : https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/gc/fichiers_pdf/2012-2017/46_Texte_CE.pdf , consulté le 23 novembre 2023.
Thévoz, Michel , <i>Écrits bruts</i> (Paris 1979)	p. 70, Entretien Plansfixes Jacques Gasser (2021). URL : https://www.plansfixes.ch/films/jacques-gasser/ , consulté le 14 décembre 2023.
Vulser, Hélène / Victoria Lanvin , « Aspects historiques », in : Cédric Lemogne <i>et al.</i> (éd.s) <i>Psychiatrie de liaison</i> (Paris 2018) 1-9.	p. 71, Plaquette NH, CITs CHUV (2023). URL : https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/cits/cits-plaquette-NH-Cery.pdf , consulté le 20 novembre 2023.
Zorn, Fritz , <i>Mars</i> (Munich 1977)	p. 71, Plaquette Concours d'intervention artistique, CITs CHUV (2015). URL : https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/dp-cery-concours-animation.pdf , consulté le 20 novembre 2023.
	p. 113, Colaüs-psycolaüs. URL : https://www.colaus-psycolaus.ch/ , consulté le 16 janvier 2024.
	p. 134, Construction du CNP (time-lapse). URL : https://www.youtube.com/watch?v=OoLvXfjILl8 , consulté le 20/11/2023.
	p. 134, Plaquette CNP, CITs CHUV (2019). URL : https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/cits/documents/cits-plaquette-CNP.pdf , consulté le 20 novembre 2023.
	p. 134, Plaquette Concours d'intervention artistiques CNP, CITs CHUV (2017). URL : https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/cits/documents/cits-plaquette-comart-cnp.pdf , consulté le 2 février 2024
	p. 134, NCCR SynaPsy. URL : https://nccr-synapsy.ch/fr/home-francais/ , consulté le 2 février 2024.

Crédits des illustrations

Couverture :

Statue en bronze de la licorne par Pierre Blanc (1959), aujourd’hui installée dans le parc devant le bâtiment des Cèdres avec une vue du Nouvel Hôpital en arrière-plan. Photo : 2024©Pierre Stringa

Rabat de 4^{ème} de couverture :

Déplacement de la statue de la licorne, 25 août 2016. Photo : 2016©Erik Janssen

- p. 12 Photo : 2024©Pierre Stringa
- p. 15 Photo : 2024©Pierre Stringa
- p. 16 Entrée du Nouvel Hôpital, hiver 2023. Photo : 2023©Matthieu Gafsou/©CHUV
- p.18 Photo : Henriette Grindat. CAB. Tous droits réservés
- p. 18 Aloïse (Aloïse Corbaz, dite), *Fiesta* (entre 1960 et 1964). Craie grasse sur papier (29,6 × 21 cm Tous droits réservés

Partie 1

- p. 26 Photo : 2024©Pierre Stringa
- p. 28 (Image du haut) Photo : Rémi Clément CHUV- Coll. BPUL
- p. 28 (Image du bas) ACV S 231/82
- p. 33 (Image du haut) Photo : Francis de Jongh. ACV S 231/82. Coll. BPUL
- p. 33 (Image du bas) ACV S 231/83
- p. 34 Photo : Auteur inconnu. ACV PP 1032/90, Album de Hans Steck
- p. 35 *Pour Tous* n°13 du 23 mars 1965.
- p. 36 Photogramme du film de Nag Ansoerge *Cery Hôpital psychiatrique moderne*, circa 1964. CHUV- Coll. BPUL
- p. 38 CHUV- Coll. BPUL
- p. 39 ACV SB 297 Direction Müller, Hôpital de Cery, transformation 1925-1977
- p. 41 *Feuille d’avis de Lausanne* du 22 avril 1960. Photos : ©FAL. Coll. BCUL

- p. 42 (Image de gauche) Photo : Yves Debraine ©Archives Yves Debraine
 - p. 42 (Image de droite) Photo : Yves Debraine ©Archives Yves Debraine
 - p. 43 *Feuille d’avis de Lausanne* du 1er juillet 1967. Photo : Photo TV suisse ©FAL. Coll. BCUL
 - p. 44 *La Licorne*, janvier 1970, 32 Coll. BIHM
 - p. 47 *En famille – Je vois tout*, 21, 23 mai 1945, 652. ©En famille. Coll. BCUL
 - p. 50 (Image du haut) Couverture du livre *Qui shoote qui ?* par Louis-Pierre Roy et Nelly Malher
 - p. 50 (Image d’en bas) Photo : Hélène Tobler AIR,1989. ACV PP 886 A 10185/7 Edipress, Hôpitaux de Lausanne
 - p. 55 ACV SB 297 Direction Toriel, réorganisation du DUPA
 - p. 56 Politique de santé mentale, Plan d’action 2007-2012
 - p. 64 Auteur : Mikhaël Moreau
 - p. 65 Plan de développement du DP-CHUV, 2007
 - p. 69 (Image du haut) In : *Rapport du jury, Concours d’architecture de Cery*, CHUV, avril 2010, 151.
 - p. 69 (Image du bas) In : *Rapport du jury, Concours d’architecture de Cery*, CHUV, avril 2010, 98.
 - p. 71 *Bulletin du Grand Conseil*, 6, août-octobre 2013, 13. Coll. BCUL
- Partie 2
- p. 72 Photo : 2024©Pierre Stringa
 - p. 74 Auteur : Mikhaël Moreau, d’après les *Rapports annuels des institutions psychiatriques du canton de Vaud*, 1935-2000
 - p. 77 (Image du haut) Photo : Auteur inconnu. Coll. BPUL
 - p. 77 (Image du bas) Photo : Denis Corminboeuf. Coll. BPUL
 - p. 82 Cery 18A/01/108, 2020. Photo : Heidi Diaz. IKONO ©CHUV
 - p. 85 Photo : Auteur inconnu. Coll. BPUL
 - p. 86 *La Licorne* (1966). Dessin : auteur inconnu. Coll. BIHM

- p. 89 *La Licorne*, avril 1966, 16. Dessin : auteur inconnu. Coll. BIHM
- p. 90 (Image du haut) *La Licorne*, mars 1965, 15. Dessin : auteur inconnu. Coll. BIHM
- p. 90 (Image du bas) *La Licorne*, avril 1965,11. Dessin : auteur inconnu. Coll. BIHM
- p. 92 Francis Lemuel [Marc Christin], *Les évincés. Pages vécues* (Lausanne 1905) 341.
- p. 93 Francis Lemuel [Marc Christin], *Les évincés*. Page vécues (Lausanne 1905) 44-45, 132.
- p. 94 Photo : Auteur inconnu. ACV PP 1032/90 Album de Hans Steck
- p. 96 Photo : Auteur inconnu. ACV SB 258 B 6/9/3 Photographies 1945-1993. Coll. BPUL
- p. 97 Dessin : Auteur inconnu. *La Licorne*, juillet 1969, 7. Coll. BIHM
- p. 98 Photo : Auteur inconnu. ACV PP 1032/90 Album de Hans Steck
- p. 100 Photo : Auteur inconnu. ACV PP 1032/90 Album de Hans Steck
- p. 101 ACV PP 1032/14
- p. 104 *24b*, 19 mai 1972. ©24h
- p. 105 *24b* du 13 novembre 1972. ©24h
- p. 106 Division des femmes, « Instructions générales », 1911, 3-4. Coll. BIHM
- p. 107 Division des hommes « Consigne pour l’infirmier limonadier », 1911, 88. Coll. BIHM
- p. 109 Coll. BPUL

Partie 3

- p. 110 Photo : 2020©Adrien Barakat
- p. 113 Photo : Auteur inconnu. ACV Album du CRP
- p. 114 Photo : Auteur inconnu. ACV Album du CRP
- p. 115 *Feuille d’avis de Lausanne*, 9-10 janvier 1965. ©FAL. Coll. BCUL
- p. 116 *L’Illustré*, 6 décembre 2000. ©L’Illustré. Coll. BCUL
- p. 119/121 *L’Hebdo*, 24 juin 1999, 68-69. Dessins : Serge Brachetto ©L’Hebdo. Coll. BCUL

- p. 125 Broderie, 71×133cm. Coll. Famille Steck
- P. 126 Photochrome publicitaire représentant Davos, vers 1880, auteur inconnu, Wikipedia commons
- p. 130 Radice mandragore. Joannes Cuba, *Hortus sanitatis* (Mayence 1499). Gravure sur bois (5,8 × 10,7 cm). Coll. BIU Santé Médecine
- p. 132/135 ©L’Hebdo. Coll. BCUL

Partie 4

- p. 136 Photo : 2020©Adrien Barakat
- p. 139 Jules Doudin, *Prizonier du Tonkin*, sans date. Mine de plomb sur papier d’emballage (15 × 26,5 cm). CAB. Tous droits réservés
- p. 140 Jules Doudin, *Madam Pérint drogues a toute Heures*, sans date. Mine de plomb sur papier d’emballage (14,5 x 19,5 cm). CAB. Tous droits réservés
- p. 143 Aloïse (Aloïse Corbaz, dite), *Billet à l’inconnue*, entre 1948 et 1950. Encre sur papier imprimé (32 × 23,5 cm). CAB. Tous droits réservés
- p. 144 Aloïse (Aloïse Corbaz, dite). *Napoléon III à Cherbourg*, entre 1952 et 1954. Crayon de couleur et suc de géranium sur huit feuilles de papier cousues ensemble (164 × 117 cm). CAB. Tous droits réservés
- p. 148 Coll. Cinémathèque suisse. Tous droits réservés
- p. 150 Coll. Cinémathèque Suisse, Fonds Ansoerge, 55/5 « Intégration 68 ». Tous droits réservés
- p. 151 *Le poète et la licorne*, Groupe cinématographique des patientes et patients de Cery, 1963. Coll. Cinémathèque suisse. Tous droits réservés
- p. 152 *La Licorne*, , mai 1964, 48. Coll. BIHM
- p. 154 *La Licorne*, septembre 1968, 3. Coll. BIHM
- p. 158 2024©Jon Monnard
- p. 159 (image du bas à gauche) Photo : Späth, Wasserburg. Coll. BPUL
- p. 161 Dessin réalisé par Sybil, circa 2021

Cet ouvrage a obtenu le soutien de :

Département de psychiatrie du CHUV

Fonds des publications de l'Université de Lausanne

Société Académique Vaudoise (SAV)

Association Art et Médecine (AAM)



Que chacun.e trouve ici nos plus vifs remerciements

À paraître :

Laennec. L'invention du diagnostic moderne

Jacalyn Duffin

Co-édition BHMS et PUR

De l'estomac. Controverses sur un organe (1709-1712)

Olivier Christin, François Zanetti

Encres, traces, papiers. L'art d'écrire à l'asile de Marsens, 1875 – 1900

Jessica Schüpbach

La folle enfance. Une histoire conceptuelle de la pédopsychiatrie

Yann Craus

Catalogue - Institut des humanités en médecine - CHUV



Histoires et mémoires de Cery. (Dé)Construire la psychiatrie après 1945 a été achevé d'imprimer en mai 2025
par l'imprimerie Musumeci, Aoste (Italie).

Dépôt légal : mai 2025