



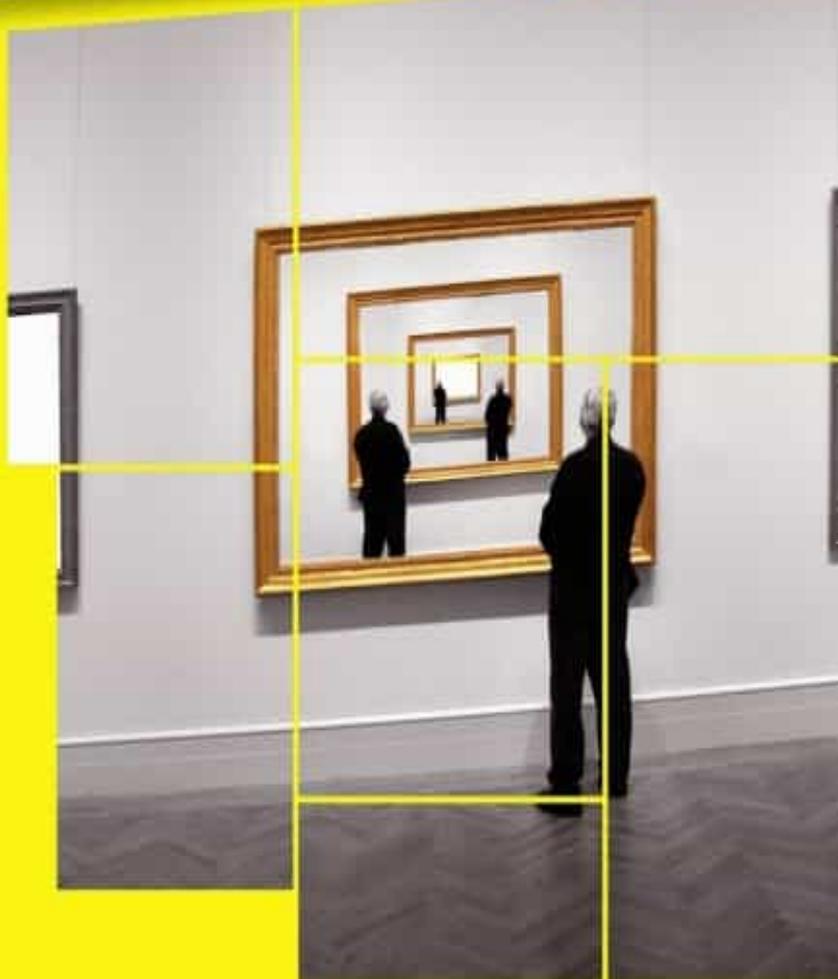
*Avec les Nuls, tout devient facile!*

# La Psychiatrie

## POUR LES NULS

- ✓ De la folie aux neurosciences
- ✓ La classification des troubles mentaux
- ✓ Le point sur les psychiatries de l'enfant, de l'addiction, du stress...
- ✓ Les antipsychiatries : controverses modernes

**Jacques Hochmann**  
*Psychiatre*





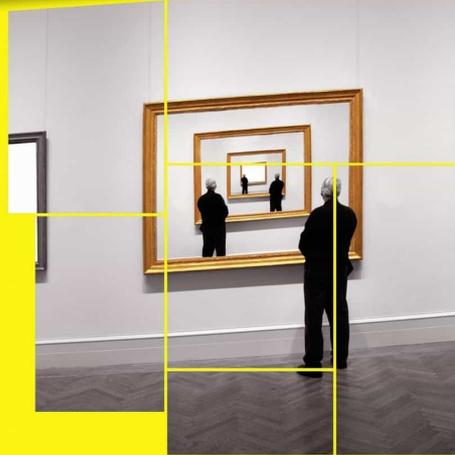
*Avec les Nuls, tout devient facile!*

# La Psychiatrie

POUR  
LES NULS

- ✓ De la folie aux neurosciences
- ✓ La classification des troubles mentaux
- ✓ Le point sur les psychiatries de l'enfant, de l'addiction, du stress...
- ✓ Les antipsychiatries : controverses modernes

**Jacques Hochmann**  
*Psychiatre*



***La Psychiatrie***

POUR  
**LES NULS**

**Jacques Hochmann**

FIRST  
Editions

## **La Psychiatrie pour les Nuls**

« Pour les Nuls » est une marque déposée de John Wiley & Sons, Inc.

« For Dummies » est une marque déposée de John Wiley & Sons, Inc.

© Éditions First, un département d'Édi8, 2015. Publié en accord avec John Wiley & Sons, Inc.

Cette œuvre est protégée par le droit d'auteur et strictement réservée à l'usage privé du client. Toute reproduction ou diffusion au profit de tiers, à titre gratuit ou onéreux, de tout ou partie de cette œuvre est strictement interdite et constitue une contrefaçon prévue par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. L'éditeur se réserve le droit de poursuivre toute atteinte à ses droits de propriété intellectuelle devant les juridictions civiles ou pénales.

ISBN : 978-2-7540-6054-7

ISBN numérique : 9782754074032

Dépôt légal : février 2015

Direction éditoriale : Marie-Anne Jost-Kotik

Édition : Charlène Guinoiseau

Avec la participation de Sandra Acina

Mise en page et couverture : Stéphane Angot

Illustrations : Marc Chalvin

Relecture : Muriel Widmaier

Index : Muriel Mekiès

Production : Emmanuelle Clément

Fabrication : Antoine Paolucci

Éditions First, un département d'Édi8  
12, avenue d'Italie  
75013 Paris – France  
Tél. : 01-44-16-09-00  
Fax : 01-44-16-09-01  
E-mail : [firstinfo@efirst.com](mailto:firstinfo@efirst.com)  
Internet : [www.pourlesnuls.fr](http://www.pourlesnuls.fr)

# *À propos de l'auteur*

---

**Jacques Hochmann** est professeur émérite de psychiatrie à l'Université Claude Bernard à Lyon. Il a créé et dirigé l'Institut de traitement des troubles de l'affectivité et de la cognition à Villeurbanne (Rhône), une structure de soins psychiatriques ambulatoires pour enfants et adolescents dépendant du Centre Hospitalier Le Vinatier (Bron-Rhône). Il a exercé également comme psychanalyste. Il est membre titulaire de la Société Psychanalytique de Paris.

Il est l'auteur de plusieurs ouvrages sur les soins psychiatriques et l'histoire de la psychiatrie :

- ✓ *La relation clinique en milieu pénitentiaire*, Paris, Masson, 1964.
- ✓ *Pour une psychiatrie communautaire*, Paris, Le Seuil, 1971.
- ✓ *Esprit où es-tu ? Psychanalyse et neurosciences*, en collaboration avec Marc Jeannerod, Paris, Odile Jacob, 1991.
- ✓ *La consolation, essai sur le soin psychique*, Paris, Odile Jacob, 1994. Prix Evelyne et Jean Kestemberg de la Société Psychanalytique de Paris.
- ✓ *Histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 2004.
- ✓ *Histoire de l'autisme*, Paris, Odile Jacob, 2009. Prix Demolombe 2010 de l'Académie des Sciences morales et politiques.
- ✓ *Pour soigner l'enfant autiste*, Paris, Odile Jacob, 2010.

✓ *Une histoire de l'empathie*, Paris, Odile Jacob, 2012.

✓ *Les antipsychiatries, une histoire*, Paris, Odile Jacob, 2015.

## *Remerciements*

Je remercie Claude Quérel, historien de la psychiatrie, de m'avoir mis en relation avec les éditions First ainsi que Charlène Guinoiseau pour son accueil, ses conseils et l'aide apportée dans la mise en forme de ce livre.

# Sommaire

[Page de titre](#)

[Page de copyright](#)

[À propos de l'auteur](#)

[Remerciements](#)

[Introduction](#)

[À propos de ce livre](#)

[Première partie : Des fous aux malades mentaux](#)

[Deuxième partie : Troubles et processus](#)

[Troisième partie : Une psychiatrie ou des psychiatries ?](#)

[Quatrième partie : Des psychiatres, pour quoi faire ?](#)

[Cinquième partie : Une offre de soins et des lois](#)

[Sixième partie : La partie des Dix](#)

[Remarque : Le masculin de neutralité](#)

[Les icônes utilisées dans ce livre](#)

## [Première partie - Des fous aux malades mentaux](#)

### [Chapitre 1 - La folie avant la psychiatrie](#)

[Dans l'Antiquité gréco-romaine](#)

[Un traitement collectif : le théâtre](#)

[Les philosophes : une école de sagesse à plusieurs faces](#)

[Et les médecins du corps alors ?](#)

[Le Moyen Âge](#)

[Les soins](#)

[Une place privilégiée](#)

[Le rejet](#)

[La Renaissance et l'âge classique](#)

[La chasse aux sorcières](#)

[Les réactions des médecins](#)

[Le « grand renfermement »](#)

*Les maisons de force et les lettres de cachet*

*L'annonce d'une réforme*

## Chapitre 2 - Naissance et évolution de la psychiatrie au XIXe siècle

*La période du triomphe psychologique*

*Les pionniers anglais*

*Le traitement moral*

*Les formes de l'aliénation mentale*

*La période d'ouverture des crânes*

*Un organicisme de principe*

*La résistance du point de vue psychologique*

*La théorie de la dégénérescence*

*La laïcisation du péché originel*

*Pendant ce temps, dans les asiles et dans l'opinion...*

*La psychiatrie fin de siècle*

*Une médecine contemplative*

*Une classification internationale des psychoses*

*L'extension du domaine de la psychiatrie*

*La naissance de la neurologie*

*Vers un tournant*

## Chapitre 3 - Comprendre l'esprit malade : la psychopathologie

*Les mécanismes*

*Le trouble fonctionnel de Jean-Martin Charcot*

*L'interprétation délirante*

*Les délires passionnels*

*La dissociation*

*Action, réaction, interaction*

*Les théories*

*Un point général sur la place de la théorie en psychiatrie*

*La phénoménologie*

*La psychanalyse*

*La psychanalyse et la psychiatrie*

*La psychologie sociale*  
*La neurologie globaliste*

#### Chapitre 4 - Agir sur les corps

*Les thérapies de choc*

*La fièvre pour chasser le mal*

*Le torpillage*

*Un coma pour guérir*

*Secouer la tête pour changer les idées*

*La psychochirurgie*

*Du singe à l'homme*

*Le pic à glace « thérapeutique »*

*Un prix Nobel pour 100 000 victimes*

*La psychochirurgie a-t-elle un avenir ?*

#### Chapitre 5 - Vers une révolution dans la psychiatrie ?

*Ce qui a précédé*

*Un bilan largement négatif.*

*Quelques lueurs d'espoir*

*Les Journées de la Libération*

*Enfin des médicaments actifs*

*La découverte des neuroleptiques*

*Les antidépresseurs*

*Quelques réflexions*

#### Chapitre 6 - Le désaliénisme 1960-1990

*Évolution ou révolution*

*La psychiatrie de secteur*

*De l'autre côté de l'Atlantique*

*En Italie*

*Quand les théoriciens s'en mêlent*

*La peur d'être fou*

*L'ordre psychiatrique*

#### Chapitre 7 - L'antipsychiatrie

*Le terreau*

*Des influences multiples*  
*Un combat en ordre dispersé*

*Les fondateurs*

*David Cooper*

*Ronald David Laing*

*Du pavillon 21 à Kingsley Hall*

*Le pavillon 21*

*Un lieu pour régresser en paix*

*Les survivances*

*Les effets à distance de l'antipsychiatrie*

*En France après Mai 68*

*Ailleurs*

*Alerte au lecteur*

*Chapitre 8 - La restauration*

*Psychiatres, gardez-vous à gauche, gardez-vous à droite*

*À gauche*

*À droite*

*Des attaques plus subtiles*

*Les psychiatres sauvent les meubles*

*Le credo kraepelinien*

*Le besoin d'un diagnostic fiable*

*La nécessité d'une nouvelle classification*

*La psychiatrie selon le DSM*

*L'extension du domaine du DSM*

*De la révolution à la restauration*

*Une standardisation*

*Les limites de la restauration*

*Deuxième partie - Troubles et processus*

*Chapitre 9 - Une psychiatrie plurielle*

*La psychiatrie, une discipline duelle*

*Deux tendances*

*Deux réalités*

*Des tentatives de simplification*

*La psychiatrie, une discipline complexe*

*Accepter le compliqué*

*Éviter un malentendu*

*Chapitre 10 - La dépression*

*Le sens du mot*

*Les critères*

*Le ralentissement psychomoteur*

*Les pensées de mort et de suicide*

*Les troubles physiques associés*

*Les formes*

*Selon l'aspect clinique*

*Selon les circonstances d'apparition*

*Selon l'âge*

*Selon l'évolution*

*Les processus*

*Le pourquoi et le comment*

*La psychiatrie biologique*

*Le point de vue psychopathologique*

*Chapitre 11 - Les névroses et les troubles anxieux*

*Quelques questions de vocabulaire*

*La névrose commune*

*La névrose des psychanalystes*

*Le DSM*

*Les phobies*

*Les objets phobogènes*

*Les situations phobogènes*

*Les phobies communes*

*Les conduites d'évitement*

*L'évolution et le traitement*

*Les TOC (troubles obsessionnels compulsifs).*

*La conjuration*

*Les formes*

*L'évolution et le traitement*

*La bonne vieille hystérie*

*Les troubles somatoformes*

*La dissociation*

*Les troubles factices*

*Une réflexion générale*

*Le stress post-traumatique*

*La lente prise en compte de l'événement traumatique*

*Les symptômes*

*Les formes*

*Le traitement*

*Le caractère, la personnalité, le tempérament*

*La personnalité phobique ou évitante*

*La personnalité obsessionnelle*

*La personnalité hystérique*

*Le processus*

*En biologie*

*En psychopathologie*

*D'autres modèles*

*Chapitre 12 - La schizophrénie*

*Le sens du mot*

*Le point de vue de l'observateur médical*

*Les dimensions cliniques*

*L'évolution*

*Le pourquoi de la schizophrénie*

*Le vécu schizophrénique*

*Quelques mots d'introduction*

*Un vécu de catastrophe*

*Le point de vue des familles*

*Des interlocuteurs longtemps négligés*

*Un changement de mentalité*

*Les mouvements de famille*

*Chapitre 13 - La paranoïa*

*Le sens du mot*

*La personnalité paranoïaque*

*La surestimation du Moi*

*La méfiance*

*La fausseté du jugement*

*La psychorigidité*

*Les délires paranoïaques*

*Les contenus du délire*

*Le délire partagé ou folie à deux*

*L'évolution*

*Les formes*

*Le processus paranoïaque*

*Les mécanismes*

*La quête d'idéal*

*Les traitements*

*Le traitement institutionnel*

*Les médicaments*

*Une écoute psychothérapique au long cours*

*Chapitre 14 - L'autisme*

*Le sens du mot*

*Les symptômes de l'autisme*

*Les troubles de la communication*

*Les troubles de la socialisation*

*Les préoccupations électives et les stéréotypies*

*Les troubles des capacités intellectuelles*

*Les troubles du comportement*

*L'évolution*

*Le mode de début*

*La constitution du tableau autistique*

*Les formes d'autisme*

*Les autismes atypiques*

*La question des psychoses infantiles*

*Le syndrome d'Asperger*

*Les troubles du spectre autistique*

*Les causes possibles*

*Les méfaits d'une psychogenèse exclusive*

*La génétique de l'autisme*

*La biologie de l'autisme*

*Des mécanismes possibles*

*Un trouble sensoriel*

*Un trouble de la symbolisation*

*Un trouble du cerveau social*

*La bataille de l'autisme*

*La lutte contre les attitudes antifamiliales*

*La lutte contre un soi-disant obscurantisme psychanalytique*

*La lutte contre les pratiques de la psychiatrie française*

*Ce que vit une personne autiste*

*Des angoisses indéniables*

*Un monde mécanique*

*Un monde hyperlogique et concret*

*Des talents paradoxaux*

*Le processus autistique*

*Revisiter les traitements*

*Troisième partie - Une psychiatrie ou des psychiatries ?*

*Chapitre 15 - La psychiatrie de l'enfant*

*Encore un brin d'histoire*

*Les troubles de l'attachement : les carences affectives et éducatives*

*La théorie de l'attachement*

*Les formes de troubles de l'attachement*

*Les troubles de l'attachement et la prévention*

*Les troubles de l'apprentissage : les dys*

*Les dysphasies*

*Les retards de langage et de parole*

*Les dyslexies*

*Les dyspraxies*

*Les dysharmonies cognitives*

*Les dys*

*Le retard scolaire*

*Les troubles de la conduite*

*Le trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH).*

*Les troubles oppositionnels avec provocation (TOP).*

*Le retard mental*

*La mesure de l'intelligence*

*Les causes du retard mental*

*Les particularités de la pédopsychiatrie francophone*

*Une théorie qui fait droit à l'humanité de l'enfant*

*Un système de classification original*

*Quelques remarques pour conclure ce (trop) long chapitre*

*Les diagnostics*

*La résilience*

*L'enfant en souffrance est une personne avant d'être un malade*

*Chapitre 16 - La psychiatrie de l'adolescent*

*Des banalités*

*Une pathologie spécifique de l'adolescence : la crise ?*

*Crise ou rupture*

*Des symptômes pour dire quoi ?*

*Les passages à l'acte à l'adolescence*

*Les bénéfices du passage à l'acte*

*Les fugues*

*Le comportement agressif et délictueux*

*Les automutilations*

*Les tentatives de suicide*

*Les troubles du comportement alimentaire*

*L'anorexie mentale*

*La boulimie*

*Les toxicomanies*

*Le sens du mot*

*La prise de substance toxique*

*Les consommateurs*

*Chapitre 17 - La psychiatrie de la personne âgée*

*Les décompensations psychologiques liées à l'âge*

*Les formes de dépression liées à l'âge*

*La dépression simple*

*L'accès mélancolique*

*La confusion mentale*

*Le suicide chez la personne âgée*

*Les états délirants chroniques*

*Les troubles du caractère et du comportement*

*Les crises familiales*

*Les démences*

*La maladie d'Alzheimer*

*Les autres démences*

*La place de la psychiatrie*

*Chapitre 18 - Les délinquants, les criminels et la psychiatrie*

*L'expertise pénale*

*La question du diagnostic*

*L'atténuation de responsabilité*

*L'appréciation de la dangerosité*

*Que faire des sujets dangereux ?*

*La criminologie clinique*

*Du criminel-né au chromosome du crime*

*Une perspective phénoménologique*

*Chapitre 19 - Le psychiatre devant l'alcool*

*La perspective clinique*

*La perspective biologique*

*Le contexte et les conséquences psychiatriques*

*Les traitements*

*Chapitre 20 - La psychiatrie de liaison*

*Les besoins des équipes*

*L'Evidence-Based Medicine (EBM)*

*Au détriment de la personnalisation des soins*

*Les recommandations éthiques et l'évolution de la loi*

*L'apport d'une équipe de psychiatrie de liaison*

*Les besoins des patients*

*Les effets psychologiques des maladies du corps*

*Les effets somatiques des maladies de l'esprit*

*Quatrième partie - Des psychiatres, pour quoi faire ?*

*Chapitre 21 - Les traitements psychologiques*

*Avant tout : la psychothérapie*

*Le sens du mot*

*Les grands courants*

*L'hypnose, grand-mère des psychothérapies*

*L'hypnose classique*

*L'hypnose de papa, l'hypnose de maman*

*De la suggestion à l'autosuggestion*

*Encore et toujours : la psychanalyse*

*Des points communs*

*Les différentes espèces*

*Les thérapies comportementales et cognitives (TCC).*

*Du chien au pigeon*

*L'analyse appliquée du comportement*

*La thérapie cognitive*

*Les thérapies systémiques*

*Les psychothérapies familiales*  
*Quelques exemples de distorsions*  
*L'extension des thérapies familiales*  
*Les thérapies de couple*  
*Quand les psychanalystes s'en mêlent*

*Une psychothérapie sans nom*

*Les attitudes psychothérapeutiques de base*

*La psychothérapie institutionnelle*

*La différenciation*

*L'articulation*

*La narration*

*Le cadre institutionnel*

*L'analyse institutionnelle*

*Chapitre 22 - Les traitements biologiques*

*Peu de changements récents*

*La psychochirurgie*

*L'électrochoc*

*Les médicaments*

*Les antipsychotiques*

*Un faux problème*

*Des médicaments mal nommés*

*Une collaboration indispensable avec les patients*

*Les effets secondaires*

*L'extension des indications*

*Les antidépresseurs*

*Encore un nom usurpé*

*Toujours des impasses biologiques*

*Dans la pratique*

*Les régulateurs de l'humeur*

*Le lithium*

*Les antiépileptiques*

*L'explosion des troubles bipolaires*

*Les benzodiazépines*

*Leurs modes d'action*

*Les mécanismes*

*Les controverses*

## Chapitre 23 - La réhabilitation psychosociale

*La notion de handicap psychique*

*Un vin nouveau dans de vieilles outres*

*Le retour d'une antipsychiatrie*

*Une évolution sémantique*

*Un réveil bienvenu*

*La place nouvelle du diagnostic*

*La remédiation cognitive*

*Les pairs aidants*

*L'évaluation*

*Une attitude optimiste*

*Pour conclure cette partie*

## Cinquième partie - Une offre de soins et des lois

### Chapitre 24 - Les métiers de la psychiatrie

*Les psychiatres*

*Quelques éléments de démographie médicale*

*La formation*

*Les modes d'exercice*

*Les activités*

*Les psychologues cliniciens*

*La formation*

*Les activités*

*Les infirmiers*

*La formation*

*Les activités*

*Les rééducateurs*

*Les orthophonistes*

*Les psychomotriciens*

*Les ergothérapeutes*

*Les travailleurs sociaux*

*Les éducateurs spécialisés*

*Les assistants sociaux*

*Les secrétaires médicaux*

*Les autres métiers*

*Les éducateurs de jeunes enfants*

*Les moniteurs-éducateurs*

*Les aides-soignants*

*Les aides médico-psychologiques (AMP)*

**Chapitre 25 - Les dispositifs de soins**

*Le soin ambulatoire individuel privé*

*L'hospitalisation à temps plein*

*Une évolution*

*L'hospitalisation publique, l'hospitalisation privée*

*Les problèmes*

*Les soins à temps partiel*

*Les centres médico-psychologiques (CMP)*

*Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)*

*Les hôpitaux ou centres de jour*

*Les appartements thérapeutiques*

*Les centres de crise*

*Les équipes mobiles*

*Et tout le reste*

*Les institutions médico-sociales*

*Les institutions pour enfants et adolescents*

*Les institutions pour adultes*

**Chapitre 26 - L'esprit des lois**

*Quelques mots d'introduction*

*Les soins sans consentement*

*La fréquence*

*La mise en soins sans consentement*

*Une période d'observation*

*La généralisation de la contrainte*

*L'intervention du juge des libertés et de la détention*

*La levée de la contrainte des sujets hospitalisés à la demande d'un tiers*

*La levée des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE).*

*La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).*

*La protection juridique des majeurs*

*Un état des lieux*

*La loi du 3 janvier 1968, modifiée en 2007*

*Les droits des handicapés*

*Au préalable*

*La maison départementale des personnes handicapées (MDPH).*

*La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).*

## *Sixième partie - La partie des Dix*

### *Chapitre 27 - Dix mots pour la folie*

*Bredin (ou berdin).*

*Brindezingue*

*Cinglé*

*Dingo*

*Givré*

*Loufoque*

*Maboul*

*Siphonné*

*Timbré*

*Toqué*

*Et quelques expressions en supplément*

### *Chapitre 28 - Dix histoires psychiatriques*

*Avis au lecteur*

*L'homme au parapluie*

*Pierre au fil d'une vie*

*La mélancolie de madame Feugerolles*

*Confession d'un maniaque*

*Hervé et la maladie*

*L'hystérie de Suzon*  
*Un drôle de collectionneur*  
*Une crise qui finit bien*  
*Une bande de psychopathes*  
*Des petits autistes devenus grands*

## Chapitre 29 - Dix psychiatres contemporains

*Lucien Bonnafé (1912-2003)*  
*Georges Daumazon (1912-1979)*  
*Jean Delay (1907-1987)*  
*René Diatkine (1918-1997)*  
*Henri Ey (1900-1977)*  
*Jacques Lacan (1901-1981)*  
*Serge Lebovici (1915-2000)*  
*Roger Misés (1924-2012)*  
*Paul-Claude Racamier (1924-1996)*  
*François Tosquelles (1912-1994)*

## Chapitre 30 - Dix associations

*La Société médico-psychologique (SMP)*  
*L'International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)*  
*La World Psychiatric Association (Association mondiale de psychiatrie)*  
*La Fédération française de psychiatrie (FFP)*  
*La Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)*  
*L'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (UNAPEI)*  
*L'Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)*  
*La Fédération Française Sésame Autisme*  
*La Fédération Autisme France*  
*La Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)*

Bibliographie

Index

# Introduction

---

*Pourquoi une psychiatrie pour les nuls ?* « Médecine des fous », la psychiatrie est longtemps restée en marge de la société, assimilée à ses asiles et à ses clients inquiétants. Il n'y a pas très longtemps qu'elle a conquis une autre place dans la société. Les aliénés sont devenus peu à peu des « malades mentaux », des malades pas tout à fait comme les autres, mais, tout de même, des malades. Les asiles sont devenus des hôpitaux psychiatriques et se sont mis à ressembler de plus en plus aux autres hôpitaux. Surtout, la psychiatrie est sortie de ses murs. Elle s'est établie au milieu de la cité avec ses institutions publiques ou privées. Elle s'est mise à intéresser de plus en plus de gens. Consulter un psychiatre n'est plus aujourd'hui honteux. C'est devenu presque aussi banal que de consulter un cardiologue ou un gastro-entérologue. On commence à savoir que des troubles psychiques plus ou moins sévères peuvent affecter une grande partie de la population qui trouve un soulagement dans les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques offerts par un psychiatre. Par ailleurs le psychiatre est de plus en plus souvent consulté pour des problèmes d'éducation ou des problèmes de société. Il acquiert ainsi une visibilité nouvelle qui tranche avec le manteau d'ignorance dont il était jadis recouvert.

En même temps, la psychiatrie est attaquée, voire moquée. On lui reproche ses incertitudes. On sait qu'elle est divisée en tendances, d'où pour

l'usager une perplexité à choisir celle qui lui convient le mieux. C'est une médecine spéciale parce que, à la différence du reste de la médecine, c'est une médecine sans lésion encore connue. Si tout le monde s'accorde pour admettre qu'il faut un cerveau pour penser et sentir, personne n'est encore capable, malgré les étonnants progrès des neurosciences, d'établir un lien direct entre une dépression, une obsession, une phobie et telle ou telle atteinte du fonctionnement cérébral. L'esprit et la matière cérébrale sont certainement étroitement liés, mais la nature de ce lien reste encore largement énigmatique.

La psychiatrie pose donc à la fois des problèmes scientifiques et des problèmes philosophiques. Dans la mesure où elle suscite des interrogations et des polémiques, on a pu dire d'elle que c'était une anthropologie, une science de l'homme en général confronté à la folie.

## *À propos de ce livre*

Ce livre ne prétend pas répondre à toutes ces questions mais donner une information aussi loyale que possible sur ce qu'est la psychiatrie aujourd'hui et sur la manière de s'en servir.

### *Première partie : Des fous aux malades mentaux*

On ne saurait cependant comprendre la psychiatrie, dans sa diversité et dans ses problématiques, sans commencer par son histoire. La première partie, plus longue que les autres, raconte donc la place qu'ont occupée les fous

dans l'imaginaire et dans la réalité des sociétés occidentales, depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours. On verra que la psychiatrie proprement dite n'émerge qu'au début du XIX<sup>e</sup> siècle comme un terrain d'affrontement entre deux points de vue : le point de vue psychogénétique, qui attribue les troubles psychiques aux difficultés personnelles d'un sujet bousculé par sa propre histoire, et le point de vue organogénétique, qui cherche obstinément dans le cerveau une explication à ces troubles. L'histoire de la psychiatrie peut se concevoir comme l'histoire d'un débat entre ces deux points de vue qui ont encore maintenant de la difficulté à se concilier.

### ***Deuxième partie : Troubles et processus***

Quel que soit leur point de vue, les psychiatres parviennent néanmoins à se mettre d'accord sur l'aspect et l'évolution des principaux troubles mentaux : dépression, troubles anxieux névrotiques, schizophrénie, paranoïa, autisme. Le livre se poursuit donc par des tableaux cliniques complétés par une appréciation en profondeur de ce que vit la personne affectée par ces troubles.

### ***Troisième partie : Une psychiatrie ou des psychiatries ?***

La troisième partie envisage la psychiatrie dans sa pluralité, telle qu'elle éclate à présent en sous-spécialités : psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adolescent, psychiatrie du vieillard, psychiatrie du délinquant ou du criminel, psychiatrie de l'alcoolique, etc. Devenue présente dans les hôpitaux généraux, la psychiatrie, en outre, peut apporter son aide aux équipes médicales confrontées à des intrications complexes entre le

psychisme et le corps. C'est ce qu'on appelle la *psychiatrie de liaison*.

### ***Quatrième partie : Des psychiatres, pour quoi faire ?***

Une psychiatrie pour quoi faire ? La quatrième partie résume dans leurs principes et dans leurs méthodes les différentes pratiques psychiatriques : les psychothérapies, les traitements médicamenteux, la réhabilitation sociale du handicap psychique.

### ***Cinquième partie : Une offre de soins et des lois***

En dehors de son cabinet et dans les différentes institutions où il exerce, le psychiatre n'est jamais seul. La psychiatrie, surtout dans les cas les plus difficiles, est un travail d'équipe. La cinquième partie est consacrée aux professions qui constituent une équipe psychiatrique, aux établissements où ces professionnels exercent et à l'appareil juridique auquel la psychiatrie apporte son concours. Psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, rééducateurs se distribuent entre des institutions sanitaires et médico-sociales variées. Celles-ci forment entre elles un réseau de soins et d'assistance diversifié qui a succédé à l'uniformité de l'ancien asile. Ces institutions sont régies par des lois. La psychiatrie, dès son origine, a eu des liens étroits avec l'appareil juridique. Sa fondation est contemporaine de l'internement des malades mentaux et de l'expertise médico-légale. Aujourd'hui la loi sur les soins sans consentement, la loi sur la protection des sujets que leur état mental prive de leur capacité civile,

la loi sur le handicap forment un ensemble dans lequel l'intervention du psychiatre est requise.

### ***Sixième partie : La partie des Dix***

La sixième partie, traditionnelle partie des Dix, essaie d'apporter encore un peu plus de fraîcheur à un texte qu'on espère avoir tout au long, malgré l'aridité du sujet, rendu attrayant en l'illustrant d'encadrés parlants. Dix mots pour dire la folie, dix histoires de cas, dix courtes notices biographiques de psychiatres qui ont marqué l'époque, dix associations de psychiatres ou d'usagers. Dix petits tours et puis s'en vont, en souhaitant vous avoir laissé l'envie d'en savoir plus, par quelques lectures conseillées.

### ***Remarque : Le masculin de neutralité***

Les professions de la psychiatrie sont aujourd'hui à majorité féminine, d'où la tendance à utiliser pour les désigner, à la fois le masculin et le féminin.

Nous avons opté toutefois, tout au long du livre, pour un masculin de neutralité. Ce choix, bien loin d'être idéologique, a pour seul but d'alléger le style d'écriture et donc la lecture.

## ***Les icônes utilisées dans ce livre***



Cette icône met en garde le lecteur contre une confusion possible, l'incitant à remettre en cause une idée reçue.



Cette icône annonce l'explication d'un cas clinique, d'un exemple historique ou d'un exemple littéraire précis, pertinent dans le cadre de notre présentation.



Cette icône précède la présentation d'un auteur ou d'un personnage en particulier, ayant marqué le domaine de la psychiatrie en rapport au sujet précis traité.



Cette icône souligne une information qui peut susciter l'étonnement du lecteur.



Cette icône attire l'attention du lecteur sur l'explicitation d'un terme précis.

## Première partie

# Des fous aux malades mentaux



*Dans cette partie...*

Plus qu'aucune autre branche de la médecine, la psychiatrie est tributaire de son histoire. À la différence du reste des sciences médicales, son évolution n'a jamais procédé de manière linéaire par accumulation de connaissances, mais plutôt de manière sinusoïdale avec des périodes de progrès

et des périodes de régression dans le sort consenti par la société à ses anormaux. Liée à l'ambiance politique de chaque époque, elle a fait se succéder des moments de libération et des moments de répression, plus ou moins violente, plus ou moins masquée. On comprendrait donc difficilement les enjeux actuels de la prise en charge médicale des malaises psychiques sans les replacer dans leur histoire. De l'Antiquité à nos jours, on verra ainsi se succéder diverses attitudes pour aider, proscrire ou valoriser le fou. On verra aussi la médecine s'intéresser aux troubles mentaux, d'abord de manière marginale, avant que ne naisse en son sein une spécialité : la médecine aliéniste, qui prendra ensuite le nom de *psychiatrie*. Une fois constituée, celle-ci, partagée entre une optique humaniste qui cherche à comprendre le malade dans l'intimité de sa vie intérieure et une optique objectivante qui voudrait conquérir des lettres de noblesse scientifique analogues à celles du reste des professions médicales, poursuit une histoire tourmentée et oscillante. Derrière cette histoire se profile l'éternel problème que la folie, la sienne et celle des autres, pose à chaque homme et à chaque femme, pris entre l'obscur déraison tapie au fond de l'être et les exigences de la réalité physique et sociale. L'histoire de la psychiatrie est aussi l'histoire de la peur du fou et des différentes procédures inventées par la société pour se prémunir contre cette peur. Elle est l'histoire de la fascination qu'a toujours en même temps exercée le délire, avec ses fantastiques résonances.

# Chapitre 1

## La folie avant la psychiatrie

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Définir les notions, figures et événements clés de l'histoire de la folie
  - ▶ Comprendre les premières réactions des hommes dits « normaux » face aux fous
  - ▶ Analyser la généalogie de la psychiatrie
- 

Il y a toujours eu des fous et probablement toujours une tendance à considérer la folie comme une maladie et à la soigner, chez les Babyloniens, les Égyptiens ou dans la Perse ancienne. La Bible nous raconte comment la folie du roi Saül fut apaisée, au moins temporairement, par la harpe de David, ancêtre lointain des musicothérapeutes. Sa folie se ranima vite, autant sous l'empire de la jalousie vis-à-vis du vainqueur de Goliath que de la détresse devant les échecs militaires, et conduisit le vieux monarque au suicide. Dans l'Antiquité, au Moyen Âge, à la Renaissance et à l'âge classique, aucun professionnel exclusif n'était cependant là pour l'accueillir.

### *Dans l'Antiquité gréco-romaine*

Dramaturges, philosophes et médecins se sont partagé le travail.

### ***Un traitement collectif : le théâtre***

Les tragiques grecs ont exploité l'effet délétère des passions sur la raison. Ajax, blessé dans son orgueil, privé des récompenses qu'il estime lui être dues (les armes d'Achille), prend un troupeau de paisibles moutons pour ses rivaux achéens et les trucidé avec rage avant de se donner la mort. Héraclès, aveuglé par la vengeance d'Héra, tue ses propres enfants dans un déni de paternité. Selon certaines traditions, Médée fait de même, désespérée d'avoir été abandonnée par Jason. La mise en scène de ces horribles histoires vise à soigner collectivement le public de ses passions les plus troubles. C'est ce qu'Aristote appelait la *catharsis*.

### ***Les philosophes : une école de sagesse à plusieurs faces***

#### ***Platon : deux folies et trois âmes***

Platon distinguait deux folies :

- ✓ **la bonne**, inspirée par Apollon – celle des poètes, des devins comme la Pythie de Delphes ou des amoureux et des *enthousiastes* possédés par un dieu ;
- ✓ **la mauvaise** – celle des maladies de l'âme, la manie ou l'ignorance, liées à une tension corporelle.

L'âme, pour lui, existait avant le corps. Elle s'en séparait à la mort et, pendant la vie, se divisait en trois :

- ✓ **l'âme raisonnable**, logée dans le cerveau ;
- ✓ **l'âme volontaire**, logée dans le cœur ;
- ✓ **l'âme concupiscente**, logée dans le foie.

Ce sont les désordres du corps qui engendraient les désordres de l'âme, signant la victoire de la passion sur la raison. D'où le conseil qu'avait donné Démocrite de se partager la tâche : laisser aux philosophes le soin de « libérer l'âme des passions » et aux médecins les soins du corps.

### *Les stoïciens : une âme unique psychosomatique*

Les stoïciens en voulaient plus. Ils opposaient au dualisme platonicien leur conception uniciste. Pour eux, l'âme était **indivisible**. Comme l'air, elle diffusait dans le corps tout entier, dont elle était inséparable dans la santé comme dans la souffrance. La passion n'était qu'une exaltation du fonctionnement corporel. Son extrême conduisait à la folie et elle n'était elle-même qu'une folie en réduction. « La colère est une courte fureur » écrivait Cicéron. D'où, pour les stoïciens, le rôle prépondérant des philosophes – qui étaient souvent aussi médecins – pour aider à supporter ou à écarter, par la réflexion, les désordres de l'âme générateurs d'angoisse et pour retrouver la tranquillité morale et physique, l'*euthymie*.

### *Et les médecins du corps alors ?*

Ils ramenaient les désordres corporels au premier plan. L'âme pouvait souffrir seulement parce que le corps était malade.

### *Hippocrate*

Hippocrate, fondateur de la médecine du corps, est aussi à l'origine de la médecine de l'âme (c'est l'étymologie du mot *psychiatrie*, forgé seulement au XIX<sup>e</sup> siècle). Il attribuait la folie à un obscurcissement du cerveau par un déséquilibre humoral. Quatre **humeurs** – le sang, la bile, le flegme et la bile noire – dominaient le fonctionnement du corps. Quand l'alimentation était déséquilibrée, un excès de l'une ou de l'autre venait altérer le fonctionnement cérébral. La thérapeutique était donc essentiellement une diététique associée à des médicaments, comme l'ellébore ou l'opium. On y ajouta les exercices physiques, la promenade, les massages et les bains.



## L'ellébore

L'ellébore est resté très longtemps le médicament de base des troubles mentaux. À la tortue, qui lui semble un peu folle lorsqu'elle le met au défi d'atteindre avant elle un but, le lièvre de Jean de La Fontaine répond :

« Ma commère il vous faut purger

Avec quatre grains d'ellébore. »

*Galien*

Autant médecin que philosophe, Galien, un Grec de Pergame venu à la cour des empereurs de Rome au II<sup>e</sup> siècle de l'ère chrétienne, s'éleva contre la partition entre l'éducation de l'âme, laissée aux pédagogues philosophes, et la thérapeutique du corps, laissée aux médecins. Il incarnait les humeurs dans les destins du corps et dans ce destin particulier qui donne sa forme à l'âme : le **tempérament**. Aux quatre humeurs hippocratiques répondaient, chez Galien, quatre tempéraments : sanguin, flegmatique, bilieux et atrabilaire (ou mélancolique, si l'on préfère le grec au latin pour désigner la bile noire). Le mal ne venait plus seulement du dehors – comme le pensaient les stoïciens, pour qui l'enfant né vertueux pouvait évoluer vers le bien ou vers le mal en fonction du milieu et de l'éducation reçue. Il venait de la constitution même du sujet, en partie héritée et modelée dès l'enfance par l'alimentation aussi bien physique que culturelle. Pour soigner efficacement, le médecin ne pouvait donc se contenter d'agir sur la seule nature par la diététique, les médicaments ou la saignée. Il devait se faire philosophe et offrir au malade la possibilité de se connaître soi-même dans une relation à un autre qui le surveillait et le soutenait : une sorte de coach que le grec désignait sous le nom d'*éphèdre*.

### ***Celse et Caelius Aurelianus***

Celse puis Caelius Aurelianus ont différencié des formes de folie. Ils ont ainsi commencé une **sémiologie** (la science des signes) et une **nosologie** (la classification des différentes maladies). Les Anciens reconnaissaient des pathologies aiguës et des pathologies chroniques, la *phrénitis* ou délire avec fièvre, la manie, la

mélancolie, la léthargie et l'hydrophobie (le refus des boissons et la peur de l'eau, dont on établira plus tard les liens avec la rage).



## **L'homosexualité, une maladie ?**

Dans l'Antiquité, les maladies de l'esprit sont d'abord des maladies du corps. Il y a peut-être une exception. Longtemps tolérée chez les Grecs, voire encouragée entre les adultes et les jeunes gens consentants, l'homosexualité devient selon Caelius Aurelianus, au V<sup>e</sup> siècle ap. J.-C., une maladie spécifique de l'âme, un « vice de l'esprit » (Jackie Pigeaud). Elle serait transmise lors de la conception par une liaison insuffisante des forces mâles et femelles qui constituent l'individu. Il n'existe aucun traitement physique et seule une contrainte morale peut la corriger. Il faudra attendre 1974 pour que, après de vifs et longs débats, l'homosexualité disparaisse du catalogue américain des maladies mentales et qu'une orientation sexuelle différente soit reconnue comme un droit et non comme une déviation transgressive.

*Le Moyen Âge*

Au Moyen Âge, on soigne les fous, sans exclure la brutalité, mais on leur donne aussi parfois une place particulière qui contraste avec le rejet dont ils sont victimes.

### ***Les soins***

Longtemps décrite comme un âge obscur, l'époque médiévale a connu peu d'avancées théoriques. Elle a repris les descriptions et les recommandations des Anciens, qui lui ont été surtout transmises par les traductions arabes et qui ont été révisées par les théologiens. Elle a néanmoins, dans ses pratiques médicales ou religieuses, apporté certaines innovations.

### ***Les théologiens***

Prenant la suite des philosophes, les théologiens, comme **saint Thomas d'Aquin**, ont considéré à leur tour la folie comme une victoire des passions sur la raison, de l'âme végétative (*animus*), chargée de l'organisation du fonctionnement corporel dominé par la recherche du plaisir, sur l'âme spirituelle (*anima*). Ils ont, dans la ligne de Platon, distingué la bonne folie – la folie mystique, l'adoration sans concession de la Croix – de la mauvaise folie morbide.

### ***Les médecins***

Réservée aux médecins, la folie morbide a fait l'objet de diverses prescriptions, tisanes, décoctions, onguents et saignées, mais aussi bains glacés par immersion dans les fleuves et coups de fouets pour susciter une terreur salutaire. Les

barbiers seraient allés jusqu'à ouvrir les crânes à la recherche d'une *Pierre de la folie*, encore qu'on ne puisse déterminer aujourd'hui si les tableaux (postérieurs) qui représentent cette extirpation ont valeur d'allégorie, s'ils mettent en scène un simple simulacre de charlatan ou s'ils font référence à une neurochirurgie primitive.

## **La paix des âmes ou le tourment des corps**

À l'époque romantique, quand le Moyen Âge devient à la mode, Jules Michelet a opposé, de manière peut-être schématique, deux périodes successives. Lors de la première aurait prédominé le souci de « calmer et de charmer le malade », de « le préparer à se laisser guérir », en le confessant, en lui donnant la communion « pour rétablir l'harmonie des esprits troublés » avant de lui faire avaler « quelque obscure recette ». La seconde, plus tardive, aurait été vouée au tourment des corps.

### ***Les prêtres et les ordres religieux***

Le traitement psychothérapeutique individuel et collectif est longtemps resté le domaine des prêtres et des ordres religieux. Ceux-ci ont, les premiers, organisé, sous le signe de la charité, des lieux d'accueil pour les indigents, les malades et les fous. S'il s'y trouvait déjà des cabanons pour les agités et si la contention était utilisée, ce n'est qu'aux XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècles qu'ont commencé à apparaître des établissements spécialisés, d'abord

en Angleterre et en Espagne. Les saints guérisseurs ont fait l'objet de **pèlerinages** avec mise en résidence plus ou moins prolongée des malades dans des couvents. On y pratiquait l'adoration et l'imposition des reliques, ou le placement de la tête du patient dans un trou de mur de chapelle ou de tombeau de saint : le *déberdinoir*, censé libérer les *bredins* de leur mal. Le plus célèbre de ces pèlerinages est celui de sainte Dymphne de Gheel en Belgique. Autour de la tombe d'une jeune fille violée et décapitée par son père, devenue sainte, on avait édifié au XII<sup>e</sup> siècle une église où ceux qui avaient « perdu la tête » venaient pour retrouver la raison. Aujourd'hui encore, une communauté villageoise y accueille pour des placements thérapeutiques des malades mentaux sous la surveillance d'une équipe spécialisée.

## *Une place privilégiée*

### *Les bouffons*

En même temps qu'ils étaient soignés, les fous, ou certains d'entre eux, jouissaient d'un statut particulier. Héritiers des prophètes dont la parole étrange avait valeur de vérité, devenus bouffons – le mot n'existait pas encore –, ils venaient compléter auprès des puissants, avec les nains, les bossus ou les monstruosité de la nature, toute une ménagerie d'animaux familiers. Comme les humoristes et les clowns de nos jours, ils avaient le droit de tourner en dérision, sinon leur maître, du moins sa compagnie ou ses visiteurs, et de révéler ce qui n'était pas bon à dire. Certains formaient de véritables dynasties. La folie, plus ou moins feinte, y devenait un **métier**.

## *Les fêtes des fous*

C'est que la césure entre raison et déraison n'était pas alors fermement établie. L'ivresse était commune. La vérité se trouve au fond du verre : *in vino veritas*. Succédant aux saturnales romaines, les fêtes des fous avec l'élection d'un roi des fous avaient, pour un jour, dans une société aux règles de vie par ailleurs rigides, valeur de soupape. Elles permettaient de diminuer la pression d'un clergé qui restait soupçonneux.

## *Le rejet*

Sur ce fond de charité et de valorisation épisodique, la folie a toujours fait l'objet d'un rejet. De tout temps, les fous ont engendré la peur et gêné les échanges sociaux. Le Moyen Âge ne fait pas exception à la règle. On y a allègrement enfermé les fous à domicile, en les attachant au fond de réduits. On les a mis en lieu sûr dans les prisons qui commençaient à s'édifier et dans les **tours des fous** en reconvertissant parfois des fortifications de la guerre de Cent Ans. On les a chassés des villes et condamnés à l'errance. Le thème de la nef des fous deviendra, un peu plus tard, un thème artistique et littéraire. On y voit des chargements de fous confiés aux flots. S'ils n'étaient pas tenus pour pénalement responsables – sauf lorsque leur crime était trop horrible et que la société exigeait réparation –, ils étaient privés de droits civils et leur accès aux sacrements était limité.

## *La Renaissance et l'âge classique*

Les temps modernes commencent de façon sinistre par la chasse aux sorcières, qui se prolonge malgré les appels à la raison des médecins. À partir du XVII<sup>e</sup> siècle, alors que les hôtels-Dieu spécialisent des lieux de soins temporaires, le renfermement dans les hôpitaux généraux puis dans les dépôts de mendicité devient une pratique courante pour les indigents, tandis que les familles qui en ont les moyens font interner leurs fous dans les maisons de force. Sauf exception, il n'y a toujours pas de médecins spécialistes.

### ***La chasse aux sorcières***

La Renaissance est souvent considérée comme une époque lumineuse où, à travers l'étude renouvelée des textes hébreux, grecs, latins et le développement de la connaissance grâce à l'invention de l'imprimerie, l'humanisme s'épanouit avec l'explosion des arts. Mais c'est aussi une période sombre marquée par l'obsession démoniaque et la chasse aux sorcières. Engagée depuis longtemps dans la lutte contre les hérésies, la papauté, vers la fin du XV<sup>e</sup> siècle, oppose en effet le risque diabolique à la montée du rationalisme et à la mise en cause croissante de son pouvoir absolu, par la Réforme mais aussi par les conciles et par les souverains temporels. En 1486 ou 1487, deux moines dominicains, Henri Institoris et Jacques Sprenger, ont publié avec le soutien de l'Église le *Malleus Maleficarum*, le *Marteau des sorcières*. Reprenant le thème ancien de la possession, ils y ajoutent celui du pacte avec Satan.



## « Mon nom est légion »

Dans l'Évangile de Marc, Jésus rencontre un possédé. Il a établi sa résidence dans les *sépulcres*, pousse des cris, se meurtrit avec des pierres. On a bien essayé de l'entraver, mais il a rompu ses liens. Il s'approche de Jésus et le démon parle par sa bouche : « Mon nom est légion. » Ils sont donc plusieurs à prier Jésus de ne pas les chasser. Jésus leur enjoint de s'incarner dans un troupeau de porcs qui se trouvait là. Soumis à plus fort qu'eux, les démons obtempèrent et les porcs, à leur tour possédés, se précipitent dans la mer. L'Évangile de Luc reprend très exactement cette histoire, en ajoutant un détail : l'homme possédé était nu. Nombre de thérapies s'inspireront de cet exorcisme qui rappelle la *catharsis* grecque, la purgation de la folie, et sa projection dans des objets extérieurs.

Suivant leurs arguments et leur véritable manuel d'inquisition, pendant un siècle et demi, les juges ecclésiastiques et civils multiplieront procès et bûchers. Les chiffres sont difficiles à évaluer. On a parlé de centaines de milliers de brûlés vives, ce qui est probablement exagéré. L'épidémie concerne surtout l'Europe occidentale, aussi bien catholique que protestante. Elle gagne l'Amérique avec les **sorcières de Salem** en 1692. Soumises à la question, les « sorcières » avouent effectivement, en se conformant aux stéréotypes en vigueur. Oui, elles ont eu un commerce sexuel avec le diable ou avec ses démons (incubes et succubes, selon la position qu'ils occupent dans

l'acte de chair). Oui, elles sont marquées de leur sceau, ont navigué dans les airs pour participer aux orgies des sabbats, ont rendu des hommes impuissants, fait périr des nourrissons, jeté des sorts aux animaux ou aux récoltes. Ce sont généralement des pauvresses, des femmes abandonnées avec charge d'enfants, parfois des guérisseuses, surtout des personnalités suggestibles à qui les tribunaux ecclésiastiques et civils font dire ce qu'ils veulent. La psychiatrie leur accolera, rétrospectivement, le diagnostic d'hystérie ou de *névrose démonologique*. Moins d'hommes sont poursuivis pour des faits analogues. Ils sont parfois convaincus de *lycanthropie*, de s'être transformés en loups pour dévorer de petits enfants.

### *Les réactions des médecins*

Face à cet acharnement clérical et judiciaire, quelques médecins, poursuivant la tradition qui depuis l'Antiquité assure à la folie le statut de maladie, commencent à réagir. Le plus célèbre est un Flamand, **Jean Wier**. En 1563, il a publié en latin *Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs*. Traduit d'abord en allemand puis en français, le livre connaîtra un immense succès. Jean Wier n'est pas ce qu'on pourrait appeler un *libre penseur* ou un *impie*. Fidèle à la foi chrétienne, il croit (ou affirme croire) dans le diable, ses maléfices et ses prestiges, mais il oppose les soi-disant sorcières aux « magiciens infâmes » – des imposteurs qui sollicitent l'aide du Malin pour nuire ou pour tromper par de faux miracles – ainsi qu'aux « empoisonneurs et empoisonneresses ». Les sorcières sont les victimes de la puissance démoniaque et non ses complices. Le pacte

satanique, la participation au sabbat, les ébats sexuels avec les démons, bref toutes les vilénies avouées spontanément ou sous la torture, ne sont que des désordres de l'imagination. Jean Wier, qui montre en médecin l'impossibilité anatomique de copuler avec un démon, est l'un des premiers à avoir décrit l'autoaccusation et le sentiment de culpabilité, qui sont devenus des symptômes classiques de la maladie appelée *accès mélancolique*. C'est la mélancolie qui pousse ces femmes à se croire responsables de toutes les misères du monde et parfois à réclamer elles-mêmes le bûcher. Toutefois, prudemment, Jean Wier reconnaît que la main du diable n'est pas absente. Le diable profite de la faiblesse pathologique de ces malheureuses pour leur souffler d'absurdes fantaisies et pour emporter leur conviction, en leur suggérant parfois de recourir à des drogues qui affectent le sens commun – il cite le haschisch. Ce n'est pas une raison pour ajouter à leur martyre celui des interrogatoires musclés de l'Inquisition ni pour les condamner aux pires souffrances.

Jean Wier a raison de rester sur ses gardes. Écrivant sous l'inspiration du pape Innocent VIII, les auteurs du *Marteau des sorcières* dénonceront ceux qui contestent les pouvoirs qu'ils confèrent au diable et s'indigneront qu'il y ait « des hommes de grand renom, de beaucoup d'instruction et de savoir qui tiennent ces malheureuses femmes (les sorcières) pour moins dignes du châtiment que de pitié, estimant que c'est par l'ellébore et des prières, plutôt que par le feu et la flamme, qu'il convient de traiter ce qu'ils appellent la mélancolie et l'hallucination de leur esprit ; qui prétendent même que lorsqu'elles paraissent persuadées d'avoir fait du mal et quoiqu'elles avouent constamment dans la torture,

ce n'est que par une dépravation diabolique de leur imagination. » Certains seront brûlés à leur tour.

Le doute instillé avec réserves par Jean Wier va néanmoins gagner d'autres médecins. Il finira par toucher quelques magistrats et par entraîner de premières et timides protestations où l'on peut voir les prémises de l'expertise médico-légale, c'est-à-dire d'un questionnement sur le degré de responsabilité d'un individu soumis à une force étrangère. Malgré ces contestations, la chasse aux sorcières se poursuivra encore longtemps, presque jusqu'à la Révolution, avec toutefois une tendance progressive à juger les sorciers, vrais ou faux, davantage pour blasphèmes et impiété que pour leur pacte satanique.



## Les diables de Loudun

Les diables de Loudun ont inspiré de nombreux écrivains (Alfred de Vigny et Aldous Huxley entre autres), des films (*Les Diables* de Ken Russell) et même un opéra. Leur histoire a beaucoup intéressé les psychiatres de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, qui y voyaient un exemple d'hystérie collective. Elle représente l'acmé des procès en sorcellerie. Pour une fois, l'accusé est un homme : Urbain Grandier, chanoine à Loudun, bel homme de surcroît et séducteur impénitent, auteur d'un traité contre le célibat des prêtres. Secrètement

amoureuse, la mère Jeanne des Anges, supérieure du couvent des Ursulines, lui proposa la place de confesseur, qu'il refusa. Remplacé par un certain père Mignon qui ne l'aimait guère, Urbain Grandier devint pour les religieuses, à son corps défendant, un fantôme qui venait les visiter la nuit, leur imposait des gestes indécents et les faisait entrer en convulsions en proférant des propos indignes de leur habit. Le père Mignon, appuyé par son évêque, convoqua des exorcistes, dont un père Tranquille, le mal-nommé. Ceux-ci multiplièrent des rituels qui n'eurent pour effet que de majorer spasmes et convulsions. La ville se divisa entre ceux qui croyaient au diable et ceux qui n'y croyaient pas. Après une accalmie passagère, les troubles reprirent de plus belle, dans un nouveau contexte politique. Le cardinal de Richelieu voulait démolir des fortifications dont il craignait l'utilisation séditeuse par les nombreux protestants du lieu. Il se heurta à l'opposition d'Urbain Grandier, gardien du patrimoine. Auparavant, alors que le cardinal n'était qu'évêque de Luçon, une ridicule histoire de préséance dans une procession avait déjà altéré les relations des deux hommes. Manipulée par le cardinal de Richelieu, la justice condamna Urbain Grandier au bûcher. Il fut brûlé après maintes tortures. Mais l'histoire ne s'arrête pas là. La mère Jeanne des Anges, qui a laissé des mémoires, continuait d'être hallucinée, stigmatisée, et se prétendait enceinte du démon. Elle voulait s'ouvrir le ventre pour baptiser l'enfant. Confiée encore à

un exorciste, cette fois nommé à propos le père Surin (*sic*), elle continua de vaticiner à travers le pays, jusqu'à ce que l'affaire, devenue une exploitation commerciale avec pèlerinages et vente d'onguents miraculeux, éveille des soupçons. Les médecins de la faculté de Montpellier, questionnés par les juges sur un certain nombre d'affaires similaires et sur les signes exhibés par les « possédés » – des contorsions du corps et de la tête, des jappements, des vomissements, une fixité du regard absorbé par une vision –, répondirent qu'il n'y avait rien là de surnaturel. La maladie, peu à peu, vint prendre la place des démons.

### ***Le « grand renfermement »***

Parallèlement, d'autres mesures de police se développent. L'expression de « grand renfermement » est due au philosophe Michel Foucault.



## **Michel Foucault**

Michel Foucault (1926-1984) est un philosophe français qui s'est rendu célèbre par son *Histoire de la folie à l'âge classique*, parue en 1961. Selon sa thèse, l'âge classique aurait opéré un partage définitif entre raison et déraison, partage constitutif de la psychiatrie.

Alors que, au Moyen Âge et à la Renaissance, folie et raison cohabitaient et pouvaient même se confondre, une frontière étanche séparerait désormais le monde raisonnable, assujetti aux principes cartésiens, et le monde trouble de la fantaisie, du rêve, de la folie. Le « grand renfermement » de 1656 et la création de l'hôpital général ne seraient que la matérialisation réglementaire et architecturale de cette frontière. Internés à demeure, les fous auraient pris la place de l'exclu, laissée vacante par les lépreux, dans l'imaginaire comme dans la réalité – la lèpre, très présente après les croisades, avait pratiquement disparu en Occident. La psychiatrie ensuite n'aurait fait qu'ajouter une légitimité médicale et légale à cette exclusion première, avec sa pratique de l'internement. Même dans ses formes modernes et jusque dans la psychanalyse, elle ne ferait que prolonger cette discipline imposée à l'esprit, cette contrainte à raisonner droit. Malgré son immense succès, la thèse de Michel Foucault, servie par une prose éblouissante, a été fortement critiquée, en particulier par des historiens qui ont montré le caractère simplificateur de ses assertions polémiques. Pour corriger ou nuancer Michel Foucault, il faut lire une autre histoire de la folie, celle de Claude Quétel.

Le « grand renfermement » désigne la création par Louis XIV, en 1656, de l'**hôpital général**, une institution à la fois répressive et charitable destinée à lutter contre la pauvreté, la mendicité et l'errance et où se retrouve un certain nombre

d'« insensés », mêlés à des indigents, à des vagabonds de toutes sortes et à de petits délinquants.



La **prison** n'était pas alors une peine. Elle était réservée aux prévenus. Les principales peines étaient :

- ✓ la stigmatisation par le blâme, la flétrissure ou l'exposition publique ;
- ✓ le bannissement ou les galères ;
- ✓ les châtiments corporels s'étageant, selon la gravité des délits ou crimes, des coups de fouet jusqu'à l'écartèlement.

Dès le XVI<sup>e</sup> siècle, on avait commencé à enfermer les pauvres et avec eux quelques fous dans des institutions créées par des œuvres communales comme l'Aumône de Lyon ou dans des institutions religieuses comme la Compagnie du Saint-Sacrement. C'est surtout au XVII<sup>e</sup> et plus encore au XVIII<sup>e</sup> siècle que s'étend la pratique de l'**internement**.

Il est plus ou moins prolongé et succède parfois à des soins hospitaliers dans les hôtels-Dieu, où l'on commence à isoler les insensés, les épileptiques et les imbéciles dans des quartiers spéciaux : les **loges**. On continue à y utiliser les traitements traditionnels : l'opium dont l'usage s'est généralisé, les évacuants purgatifs et émétiques – il faut faire sortir le mal –, les irritants comme les ventouses, les scarifications ou la cautérisation, les toniques et surtout les lavements et les bains pour purifier le corps de ses mauvaises humeurs. La saignée est de rigueur. On y pratique la contention des agités. On y obtient parfois, dit-on,

des guérisons par des moyens qui nous paraissent aujourd'hui étranges.



## Un utérus en balade

Connues depuis Hippocrate, considérées longtemps comme l'apanage des femmes, l'hystérie et ses manifestations diverses, les crises de nerfs, l'angoisse, la reproduction de toutes sortes de malaises corporels, ont été attribuées aux migrations dans le corps d'une matrice (en grec *hysteron*) assoiffée de sperme.

Ambroise Paré au XVI<sup>e</sup> siècle conseillait de placer des substances fétides répulsives près de la bouche et des substances parfumées attractives à l'entrée du vagin afin de lui redonner sa place anatomique habituelle.

Dans les **hôpitaux généraux**, malgré une rotation non négligeable, les soins sont de plus longue durée. Le travail sert à distraire et à occuper l'esprit, à corriger les « fainéants », mais contribue aussi à l'entretien des pensionnaires et du personnel – en partie recruté parmi les anciens pensionnaires.

Les principaux hôpitaux généraux sont, à Paris, la Salpêtrière et Bicêtre. Moyennant quelques sous, comme les bourgeois anglais devant les *insane* de l'asile de Bedlam peints par William Hogarth, les Parisiens viennent s'esbaudir à la « montre des fous ». Afin d'éviter l'afflux sur la capitale d'une

population d'indésirables, d'autres hôpitaux se construiront en province, à l'initiative des communes. Rapidement surencombrés, onéreux pour les finances publiques, mal entretenus, les hôpitaux généraux se révéleront inefficaces. Au moment de la Révolution, il y aura toujours autant de mendiants dans les rues.

Pour pallier cet échec, l'autorité centrale a mis en place en 1764, cent ans après l'hôpital général, une institution complémentaire : les **dépôts de mendicité**. Analogues aux *workhouses* britanniques, rendues célèbres par Dickens, ils perdureront jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. À l'époque prérévolutionnaire, ils contiennent 10 à 20 % d'« insensés », qui y séjournent parfois à vie.

### ***Les maisons de force et les lettres de cachet***

La plus grande partie des « renfermés » ne se trouve pourtant ni dans les hôtels-Dieu, ni à l'hôpital général, ni dans les dépôts de mendicité. Fous, insensés, débauchés, fils ou filles de famille « indignes », au comportement marginal, à la limite de la délinquance, ils sont placés dans des maisons dites correctionnaires ou de force, sur lettre de cachet, d'abord par la seule autorité royale, puis, au nom du roi, par le lieutenant de police à Paris et les intendants en province. Sauf pour raisons politiques, le **placement** est dans l'immense majorité des cas réclamé par la famille, appuyée parfois par le curé de sa paroisse, et ne peut être obtenu qu'après vérification de son opportunité par l'autorité responsable. L'entretien est assuré aux frais de la famille. Les indigents sont donc exclus de ces maisons de force qui, dans les deux tiers des cas, sont des maisons

religieuses. Certaines, comme à Paris les Petites Maisons ou la Maison de Charenton, Maréville près de Nancy, le Bon Sauveur à Caen, se sont spécialisées dans l'accueil de ceux que nous appelons aujourd'hui les *malades mentaux*.

Ces établissements reçoivent aussi les *interdits*, c'est-à-dire ceux qui, au terme d'une procédure entreprise généralement à la demande de la famille – laquelle les considère incapables de gérer leurs biens –, ont été privés de leurs droits civils et dont le placement a été décidé par le juge. Ils abritent aussi définitivement les fous auteurs de crimes graves, condamnés à mort et graciés du fait de leur irresponsabilité.

Si les lettres de cachet mentionnent souvent la nécessité de soins pour les « insensés », la surveillance médicale est assurée, à temps partiel, par des médecins ou des chirurgiens ordinaires. Rares sont les « spécialistes » qui commencent à faire parler d'eux, comme l'Anglais Francis Willis, fondateur d'un asile privé, également docteur en théologie, devenu médecin sur le tard et rendu célèbre pour ses résultats dans le traitement de la folie du roi George III.

### ***L'annonce d'une réforme***

Avant même la Révolution, un vent de réforme commence à souffler sur la France, dans l'esprit des Lumières. On commence à se préoccuper, d'une manière générale, du sort des internés et des hospitalisés. En 1785, **Jean Colombier et François Doublet**, deux médecins chargés par le ministre Necker d'inspecter les hôpitaux et les maisons de force, rédigent une *Instruction sur la*

*manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés. Ils annoncent la naissance de la psychiatrie proprement dite.*

## Chapitre 2

# Naissance et évolution de la psychiatrie au XIX<sup>e</sup> siècle

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Appréhender les premières théories, typologies et classifications au fondement de la psychiatrie actuelle
  - ▶ Prendre connaissance des premiers traitements appliqués aux patients
  - ▶ Comprendre les évolutions de la psychiatrie
- 

Le XIX<sup>e</sup> siècle voit véritablement naître la psychiatrie, non sans difficultés ni sans contestations. Après une **première période** triomphante marquée par l'instauration d'un dialogue avec le fou, dont on espère des guérisons miraculeuses, et la mise en place d'asiles à vocation thérapeutique, les psychiatres, contestés dans leur pouvoir et leur savoir, changent de priorité.

Dans une **deuxième période**, pour asseoir leur prestige, ils s'intéressent moins à la psychologie de leurs malades qu'à la recherche de lésions dans le cerveau qui donneraient de la solidité à leur

discours. Leur échec dans ce domaine ainsi que l'accumulation des malades chroniques difficilement curables les conduisent à privilégier une théorie pessimiste : la théorie de la dégénérescence qui accompagne, dans une **troisième période**, la dégénérescence des asiles. La **fin du siècle** est marquée par une extension de la psychiatrie à des pathologies moins sévères et une tentative d'assimilation de la psychiatrie par une neurologie naissante. C'est aussi le moment de la première grande classification des maladies mentales.

## *La période du triomphe psychologique*

### *Les pionniers anglais*

#### *Des asiles spécialisés*

L'Angleterre avait précédé la France. Du fait de la suppression des couvents par la réforme anglicane, les premiers lieux d'accueil de la folie étaient devenus publics, comme le célèbre **Bedlam**, de fâcheuse réputation. Il ressemblait plus à une prison qu'à un lieu d'assistance ou de soins. Pendant tout le XVIII<sup>e</sup> siècle cependant, des hôpitaux spécialisés plus modernes, plus confortables et moins carcéraux, les asiles pour « lunatiques », commencèrent à être construits sur l'ensemble du territoire, comme l'hôpital Saint-Luc à Londres, édifié à l'initiative d'un médecin, William Battie, auteur d'un traité sur la folie. S'y ajouta un dispositif de soins privés dont le plus connu est la **Retraite d'York**, fondée par un négociant de la communauté des Quakers, William Tuke. William Tuke n'était pas médecin,

il s'élevait contre les pratiques médicales agressives de l'asile public voisin. Il proposait un traitement sans moyens de contention, fondé sur la compréhension et l'éducation des mauvais penchants, dans une ambiance familiale et religieuse. Il s'appuyait sur l'expérience de non-médecins qui avaient déjà travaillé avec des « lunatiques » et mis au point une approche personnelle qu'on qualifierait aujourd'hui de *psychothérapique*. Devenu médecin, le petit-fils de William, Samuel Tuke, poursuivit et systématisa cette expérience.

### *Le corps et l'esprit*

Cependant un autre médecin, Sir Alexander Crichton, étudiant un recueil d'histoires de cas publié par l'Allemand Karl Philipp Moritz, développait une vaste recherche sur la nature du « dérangement mental ». Dans une optique voisine de celle des stoïciens antiques, après avoir reconnu l'absence de lésions cérébrales spécifiques dans la plupart des cas qu'il avait personnellement autopsiés, il attribuait un rôle essentiel aux **passions** dans les désordres de l'esprit. Son livre posait le problème, encore non résolu aujourd'hui, des rapports entre le corps (*body*) et l'esprit (*mind*), c'est-à-dire de la transformation en pensées et en sentiments des modifications physiologiques liées aux stimulations sensorielles et, à l'inverse, de la transformation en mouvements d'une intention consciente.

## **Le problème corps- esprit**

Les psychiatres se sont toujours affrontés et continuent encore de s'affronter en deux écoles rivales sur la question des rapports entre le psychologique et le physiologique, le corps et l'esprit, s'accusant, les uns, de promouvoir une psychiatrie sans âme ou, les autres, une psychiatrie sans cervelle.

En fait les rapports du corps et de l'esprit, malgré les progrès des neurosciences et de l'imagerie cérébrale moderne (la fameuse IRM fonctionnelle qui consiste à enregistrer les modifications du fonctionnement du cerveau lors de différentes tâches et selon la variation des états mentaux associés à ces tâches), restent un problème. Comment la stimulation de ma rétine devient-elle une image qui me paraît belle ou laide, attirante ou repoussante et que je peux évoquer ou rejeter ? Comment mon intention d'accomplir telle ou telle action s'incarne-t-elle dans les aires motrices de mon cerveau pour devenir un mouvement qui réalise un désir ? Comment les zones du cortex cérébral nécessaires à la production d'un langage articulé peuvent-elles fabriquer les phrases toujours nouvelles et encore jamais prononcées de ma pensée ?

René Descartes opposait l'âme, une substance pensante immatérielle, et le corps, une substance étendue. Il laissait place à un phénomène intermédiaire : les passions venant de l'âme mais subies par

le corps, et supposait au niveau de la glande pinéale (l'épiphyse, située dans les replis du cerveau) une mystérieuse liaison entre l'âme et le corps. Ce dualisme n'est plus guère d'actualité et certains, dans un monisme absolu (il n'y a qu'une réalité et une seule : la réalité physique), affirment même que ce que nous appelons des pensées, des sentiments, des intentions ne sont que les produits factices d'un langage approximatif emprunté à une « psychologie populaire ». Plutôt que « je crois », « je veux » ou « je sens », il conviendrait, d'un point de vue scientifique, de dire : la zone A du cortex cérébral appartenant à l'organisme X est activée de telle ou telle manière et avec telle ou telle intensité. D'autres considèrent que l'aspect psychologique et l'aspect physiologique d'un état cérébral sont les deux faces d'un même phénomène, éventuellement justiciables de deux méthodes différentes d'analyse. C'était ce que pensait Sigmund Freud. Il définissait la *pulsion* comme la quantité de travail demandée à l'esprit en raison de sa liaison avec le corps, mais se demandait si un jour la biologie n'expliquerait pas la totalité des phénomènes psychiques. En sommes-nous arrivés là ou reste-t-il une place pour une compréhension, en dialogue avec lui, de la souffrance du sujet qui vient consulter un médecin ?

### ***Le traitement moral***

## *Enfin Philippe Pinel vint*

Inspiré par les expériences anglaises, mais aussi, dans une moindre mesure, par le Savoyard Joseph Daquin et par le Toscan Vincenzo Chiarugi, Philippe Pinel, un médecin languedocien formé à Toulouse et à Montpellier, venu ensuite à Paris, écrit en 1801 son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, un best-seller. Il est souvent considéré comme le véritable fondateur de la psychiatrie qu'il a appelée *médecine spéciale* – le mot *psychiatrie* sera créé une dizaine d'années plus tard par un Allemand, Johann Christian Reil, et mettra presque un siècle à s'imposer en France. Après un passage comme consultant dans une maison de santé privée, la pension Belhomme, il a été nommé en 1793, sous la Convention, responsable médical de l'hôpital général de Bicêtre, devenu progressivement un lieu spécialisé pour le traitement des insensés de sexe masculin. Il y a rencontré un couple de « concierges », les Pussin.



## **Pussin, l'ancêtre des infirmiers psychiatriques**

Ouvrier tanneur, Jean-Baptiste Pussin était venu à Paris pour être soigné des écrouelles, une atteinte tuberculeuse des ganglions du cou. Recueilli à Bicêtre, il y guérit et finit par se faire embaucher par l'institution. Ses qualités dans

l'abord des fous les plus inquiétants le firent remarquer au point qu'il devint « concierge », responsable de la division où on les gardait. Sa femme l'assistait dans son travail et fut également employée par l'établissement. Philippe Pinel à son arrivée s'inspira largement des méthodes que le couple avait inventées. Quand il partit à la Salpêtrière, il emmena les Pussin avec lui. La psychiatrie jusqu'à aujourd'hui doit beaucoup aux observations effectuées par des générations d'infirmiers psychiatriques particulièrement doués, qui se sont transmises oralement et dont l'histoire précise reste à faire.

Comme William Tuke dans sa *Retraite*, il s'est inspiré des pratiques de ces « empiriques » formés sur le terrain, qu'il a cherché à comprendre et à théoriser en se servant des conceptions proposées par des philosophes, l'Anglais John Locke et le Français Étienne Bonnot de Condillac, pour qui la pensée s'édifie à partir des sensations. Il s'inscrit aussi, comme Sir Alexander Crichton envers qui il reconnaît sa dette, dans la filiation de la théorie stoïcienne des passions. Pour lui, la folie est d'abord une exacerbation des passions par un milieu désordonné et trop stimulant. Même s'il reconnaît un trouble cérébral, un obscurcissement lié, « par sympathie », à des perturbations de l'épigastre (le creux de l'estomac), il fait jouer un grand rôle à l'environnement. Beaucoup de troubles mentaux lui apparaissent ainsi secondaires à l'atmosphère d'exaltation et parfois de peur ou d'insécurité qui a accompagné la tourmente révolutionnaire.

Philippe Pinel leur oppose ce qu'il appelle un *traitement moral*. Le moral s'entend alors comme ce qui s'oppose au physique et recouvre ce que nous entendons par *psychologique*. Ce traitement est fondé sur une forme de dialogue avec le fou auquel sont reconnus un reste de raison et même une raison de sa folie. Ce dialogue prend souvent la forme de véritables petites scènes de théâtre (on parlerait aujourd'hui de *psychodrames*), où le médecin joue un rôle tantôt impressionnant, tantôt séduisant et, par un mélange de douceur, de persuasion et de position autoritaire, cherche à convaincre son patient de l'inanité de son délire, en remettant de l'ordre en lui et autour de lui. C'est une première forme de psychothérapie, dans une institution dont le médecin garde l'entière maîtrise et où toute la vie quotidienne est rigoureusement organisée.

### *Les principes du traitement moral*

Après avoir fait ses premières armes à Bicêtre, Philippe Pinel devient médecin-chef de la Salpêtrière. Il y sera rejoint par son élève Jean-Étienne Esquirol, qui prendra ensuite la direction de Charenton où les malades de l'Hôtel-Dieu ont été transférés dès le début de la Révolution. La psychiatrie est bien devenue une médecine spéciale avec des établissements spécialisés uniquement pour les malades mentaux, auxquels Jean-Étienne Esquirol donnera le doux nom d'*asile*. Désormais le traitement moral, dont on attend qu'il guérisse définitivement la folie, repose sur un certain nombre de principes :

- C'est d'abord **l'isolement**. Considérée comme liée aux facteurs de milieu, la maladie mentale ne peut être soignée qu'en isolant le malade de sa famille et de son entourage.

Jean-Étienne Esquirol, lui aussi dans la ligne de Sir Alexander Crichton, considère que les « passions factices », l'ambition, l'envie, suscitées par une société en plein bouleversement, sont à l'origine de nombreuses maladies mentales. Il faut donc soustraire le malade à un milieu qui entretient les passions.

➤ C'est ensuite **l'humanité**, la douceur. Philippe Pinel passe pour avoir enlevé les chaînes aux furieux, maintenus dans des cachots sordides. En fait, il semble que ce soit Jean-Baptiste Pussin, avant même l'arrivée de Philippe Pinel à Bicêtre, qui soit l'auteur de ce geste philanthropique.

➤ C'est aussi **l'autorité**. Philippe Pinel d'abord, Jean-Étienne Esquirol ensuite présentent le médecin comme le gardien de la raison. « Il doit être, selon Jean-Étienne Esquirol, investi d'une autorité à laquelle personne ne puisse se soustraire. » Il doit tout surveiller, pénétrer de son regard les replis les plus secrets de la vie institutionnelle, comme de la vie intime de ceux qui résident dans l'asile, afin de dépister les germes de folie qui s'y cachent.

➤ Il peut ainsi **détruire les idées délirantes**, soit en divertissant l'attention que les malades leur portent, par le travail ou les distractions, soit en soumettant les malades à des expériences saisissantes, spectaculaires. Un exemple célèbre est la mise en scène par Jean-Baptiste Pussin d'un faux procès révolutionnaire avec acquittement final pour ramener à la raison un persécuté persuadé d'être sous le coup d'une arrestation imminente par le Comité de salut public.

➤ Le médecin cherche ainsi à contrebalancer les passions pathologiques par une passion plus puissante : **le respect ou la**

**reconnaissance** mais aussi **la terreur ou la pitié** – des ressorts dramatiques utilisés déjà par les tragiques grecs.



## **Un paladin de la raison triomphante**

Un aliéniste du milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, François Leuret, a poussé à l'extrême l'utilisation de la peur pour déraciner les passions délirantes et pour obtenir du délirant une abjuration de son erreur. Il utilisait la douche froide à gros débit, moins pour ses effets curatifs supposés que comme menace de punition pour corriger l'aliéné quand il continuait à adhérer à ses convictions, malgré tous les raisonnements qui lui étaient opposés. On peut considérer François Leuret comme un lointain précurseur des thérapies dites comportementales, qui tentent de modifier un comportement anormal par un assortiment de récompenses et de sanctions.

### ***La construction des asiles***

Jean-Étienne Esquirol, qui a visité la plupart des établissements français où l'on reçoit des aliénés, s'est convaincu de la médiocrité de l'équipement national et de la nécessité d'éviter les mélanges avec d'autres catégories de malades ou avec les mendiants et les vagabonds. Considérant

qu'« entre les mains d'un médecin habile » l'asile est le meilleur moyen de traitement de l'aliénation, plein d'optimisme, il se mue en propagandiste efficace, assiège les ministères et obtient en 1838, trois ans avant sa mort, après une longue campagne et de longs débats parlementaires, le vote d'une **loi** qui fait obligation à tous les départements d'édifier un asile ou de passer convention avec un asile public ou privé existant. En confiant la gestion des soins asilaires, de leur légitimité et de leur durée à un corps de médecins spécialistes fonctionnaires, la loi crée une nouvelle profession, celle d'**aliéniste** à plein-temps. La psychiatrie est la première spécialité médicale. Pour les personnes fortunées, elle se pratique dans un réseau de maisons de santé privées qui se multiplient.

## **La loi du 30 juin 1838**

Elle a régi l'internement dans les hôpitaux psychiatriques presque jusqu'à nos jours. Inspirée par une loi anglaise antérieure, elle a servi de modèle à de nombreux pays. La Révolution, en abolissant les lettres de cachet, avait laissé un vide juridique. Seule ou à peu près la procédure judiciaire d'interdiction, longue et coûteuse, permettait de placer sous contrainte un aliéné dans un établissement. La loi de 1838 était à la fois une loi sécuritaire et une loi d'assistance. Elle permettait au préfet ou, en cas d'urgence, au maire ou au commissaire de police de placer d'office dans un asile, aux frais de la commune ou du département, un aliéné dangereux pour lui-même ou pour les autres, mais elle prévoyait aussi un

placement, à la demande de la famille ou d'un tiers, de sujets non dangereux dont l'état nécessitait des soins, moyennant pension s'ils appartenaient à la classe aisée ou gratuitement s'ils étaient indigents. Elle mettait, pendant la durée de leur internement, les personnes internées privées de leurs droits civils sous la protection de l'établissement. Certains y virent la résurrection des lettres de cachet et une prise de pouvoir exorbitante par les médecins, dont les certificats légitimaient le placement et qui étaient seuls habilités à proposer la sortie au préfet. La place du contrôle judiciaire était limitée à une inspection lointaine et à un recours possible en cas de contestation de l'internement par l'intéressé. Depuis 2010, l'autorité judiciaire a reconquis partiellement un rôle protecteur des libertés qui lui avait été enlevé au profit des autorités administratives et médicales.

### *Les formes de l'aliénation mentale*

Observant avec soins leurs malades, Philippe Pinel puis Jean-Étienne Esquirol proposent une **classification** afin de mettre de l'ordre dans l'asile et de réserver des quartiers distincts à différentes catégories d'internés. L'ordre de l'institution doit, pensent-ils, imposer un ordre dans les esprits troublés. Au terme d'*insensé* employé jusque-là, ils ont préféré celui d'*aliéné*, du latin *alienus* qui signifie « ce qui appartient à un autre ». Le fou n'est en effet pas totalement privé de sens, mais seulement plus ou moins soumis à une force étrangère. Cette force unique, qui n'est pas encore

divisée en maladies différentes, s'exprime cependant sous des aspects cliniques distincts.

### *Les quatre catégories de base*

- ✓ L'aliénation peut envahir presque toute la personnalité, c'est la **manie** (de *mania* qui, en grec, désigne la folie).
- ✓ Elle peut être limitée à une partie de la personnalité et caractérisée par une tristesse anormale : la **mélancolie** – que Jean-Étienne Esquirol propose, sans succès, de nommer *lypémanie*, d'un verbe grec qui signifie « chagriner », pour bien marquer la rupture avec la vieille théorie hippocratique de troubles des humeurs. Par la suite l'on retiendra surtout de la manie l'exaltation et la fuite des idées et l'on opposera l'humeur joviale ou excitée du maniaque à l'humeur triste du mélancolique. Le terme *humeur* ne désignera plus un liquide organique, mais aura pris le sens psychologique actuel (être de bonne ou de mauvaise humeur). Jean-Étienne Esquirol baptisera *monomanie* (du grec *monos*, « un seul ») un regroupement de toutes les folies partielles.
- ✓ L'aliénation peut aussi venir terminer une évolution morbide ou marquer les dégâts de l'âge par une atteinte de la mémoire et du jugement, c'est la **démence**, la privation d'esprit (en latin *mens*).
- ✓ Elle peut exister dès la naissance et se caractériser par un défaut de développement des capacités intellectuelles, c'est l'**idiotie** (du grec *idiotès* qui désigne un sot privé de raison qui ne participe pas à la vie publique).



## **Victor, un sauvage ou un idiot ?**

Au tout début du XIX<sup>e</sup> siècle, dans les bois de Lacaune, à la frontière de l'Aveyron, on réussit à s'emparer d'un enfant d'une douzaine d'années qui hantait les lieux depuis deux ou trois ans. Il était nu, marchait à quatre pattes, n'avait aucun langage et se nourrissait de baies et de racines. Nul ne savait d'où il venait. Ramené à Paris pour y être étudié, il fut confié à l'Institution des sourds-muets dont le médecin, Jean-Marc Gaspard Itard, proposa de s'occuper de lui. Jean-Marc Gaspard Itard considérait que cet enfant, probablement abandonné très jeune, souffrait simplement de ne pas avoir bénéficié de l'apport des relations précoces avec d'autres humains. On pouvait donc espérer le développer par une éducation adaptée. Philippe Pinel qui l'expertisa fut d'un avis contraire. L'enfant avait été abandonné car c'était un idiot de naissance. Il le jugeait incurable. Il ne s'opposait pas toutefois à ce que Jean-Marc Gaspard Itard tente une expérience. Pendant cinq ans, Jean-Marc Gaspard Itard, quotidiennement, essaya divers exercices pour ouvrir l'intelligence de l'enfant, qu'il avait prénommé Victor. Pendant ce temps, une gardienne dévouée et maternelle, Madame Guérin, tentait de lui inculquer un minimum de socialisation. En dépit de quelques progrès, Victor n'acquiesça jamais le langage et devait finir ses jours

autour de la trentaine au domicile de Madame Guérin, impasse des Feuillantines, en face de la maison d'un autre Victor, alors enfant, célèbre depuis sous le nom de Victor Hugo. Victor de l'Aveyron, à la lourde démarche, a-t-il servi de modèle à Quasimodo ? Son histoire préfigure les débats passionnés sur l'origine de l'autisme – trouble inné génétique ou trouble acquis par un dysfonctionnement précoce des relations ?

### *La querelle des monomanies*

#### **Les hallucinations**

Jean-Étienne Esquirol a décrit les hallucinations, dont il a affirmé le siège cérébral. Ce ne sont pas des troubles de l'œil ou de l'oreille, ni de simples illusions, mais des « **perceptions sans objet** ». Parfois les malades affirment clairement entendre des voix ou voir des choses qu'ils sont seuls à voir. Parfois ils cachent leurs hallucinations car ils savent que personne ne les croirait et car ils sont conscients de l'étrangeté du phénomène. On peut donc être aliéné, subir les effets d'une force étrangère, sans être complètement fou.

#### **L'existence des folies partielles**

Cette proposition va donner lieu à d'intenses **débats**. Y a-t-il des folies partielles ? « Non » répondent philosophes et juristes. On est fou ou on ne l'est pas et tout le monde est capable de reconnaître un fou. « Oui » affirment en chœur les

aliénistes regroupés autour de Jean-Étienne Esquirol, qui a pris la tête de leur nouvelle profession, la seule capable, selon lui, de déceler la folie sous ses différentes formes et de la soigner correctement. Et ils ajoutent sous la plume d'un autre des leurs, Étienne-Jean Georget : « Sont-ce les gens du monde qui ont découvert la folie raisonnante, la manie sans délire, eux qui ne veulent pas croire à l'existence de ces variétés de la folie, malgré les exemples nombreux et décisifs qui en ont été publiés par les médecins ? »

### Les principales monomanies

Se fondant sur leur expérience quotidienne, les aliénistes distinguent :

- ✓ des **monomanies affectives**, qui touchent seulement la sphère des émotions et des sentiments, comme la mélancolie ou la monomanie érotique ;
- ✓ des **monomanies intellectuelles** et « raisonnantes » caractérisées par des idées fixes ;
- ✓ des **monomanies instinctives**, des perversions de la volonté, sans délire associé, qui poussent celui qui leur est soumis à l'homicide, au suicide ou à tout autre acte criminel ou délictueux, comme l'incendie volontaire.



## La recherche de l'absolu

Le terme de *monomane* a connu rapidement un grand succès dans le langage littéraire et dans le langage courant. Comme aujourd'hui les termes *autiste* ou *schizophrène*, on l'a employé pour désigner des hommes politiques. Dans son roman *La Recherche de l'absolu*, Honoré de Balzac taxe son héros, Balthazar Claës, de monomane. Claës était un bourgeois fortuné de Douai, appartenant à une très ancienne famille. En proie à une passion dévorante pour la recherche des secrets de la matière, il multiplie en vain des expériences dangereuses avec des produits chimiques très onéreux, se désintéresse de ses affaires, ruine sa famille, délaisse ses enfants et conduit son épouse au désespoir et à la mort. Il lutte quelque temps contre sa passion, essaie de se relever avec l'aide de sa fille aînée, mais rechute et termine sa vie dans la misère, fasciné par l'absolu qui lui échappe avec son dernier souffle.

Le diagnostic de monomanie n'a plus guère été utilisé après 1850 et le terme a fini par devenir obsolète.

### **Les monomanies, légitimation des aliénistes**

Inaccessibles aux « gens du monde » comme aux médecins ordinaires, qui en contestent également l'existence, les monomanies fondent la légitimité d'une spécialité médicale entièrement dédiée à l'étude des troubles mentaux. Seuls les aliénistes, grâce à un apprentissage spécifique, sont capables d'en reconnaître les signes – une attitude d'écoute

ou une fixité du regard de l'halluciné – ou d'en obtenir l'aveu – l'idée d'une machination persécutrice chez un individu par ailleurs d'apparence normale. Eux seuls peuvent aussi prévoir les conséquences d'une monomanie sur le comportement et déceler leur présence à l'origine d'un crime ou d'un délit. Eux seuls sont capables de mettre en évidence une **folie dissimulée** pour éviter l'internement ou, au contraire, de reconnaître un faux aliéné qui **simule** la folie pour échapper à la justice. La médecine aliéniste devient médico-légale. Malgré les réticences de nombreux juristes, elle finit par obtenir une place éminente dans les tribunaux où l'avis de l'aliéniste sur l'état mental de l'accusé vient compléter l'expertise du médecin légiste. Cela ne va pas de soi. On n'a pas fini d'accuser les aliénistes à la fois d'internements arbitraires et d'un laxisme qui ferait échapper à la peine d'authentiques coupables, sous prétexte d'aliénation. Pour se défendre, ils ont besoin d'arguments plus forts que leur seule expertise clinique. C'est alors qu'ils se tournent vers la recherche d'une lésion cérébrale.

### *La période d'ouverture des crânes*

La nouvelle corporation des aliénistes peine en effet à établir son pouvoir et à faire partager son savoir. Médecins, juristes ou philosophes ne sont pas loin de considérer les psychiatres comme des charlatans à l'heure où le reste de la médecine fonde sa véracité sur la mise en évidence de lésions organiques à l'origine des maladies. Les aliénistes vont donc sacrifier, pour se défendre, à un organicisme de principe. Certains, prenant exemple sur le clinicien qui palpe un abdomen pour repérer les anomalies du foie, essaieront de

faire précéder l'autopsie – qui nécessite d'attendre la mort du patient – de la palpation des crânes. Quelques-uns cependant résisteront à l'organicisme militant pour maintenir un point de vue psychologique.

## *Un organicisme de principe*

### *La vaine quête d'une lésion*

Les premiers aliénistes, sans récuser le rôle du corps, s'intéressaient plutôt aux origines psychologiques des troubles mentaux. Devant la montée des critiques qui attaquent leur savoir et leur pouvoir, leurs successeurs rejettent une manière de raconter les histoires des patients comme de petits romans où les sentiments du héros peuvent se déduire de son existence. Pour asseoir leur autorité devant la justice et pour obtenir au sein de la médecine une place indiscutable, ils vont s'absorber dans la recherche de lésions cérébrales afin de prouver définitivement le caractère scientifique de leur discipline. La médecine du début du XIX<sup>e</sup> siècle est en effet en train de subir une révolution, elle devient **anatomo-clinique**. À un langage métaphysique qui attribuait à la maladie l'obscur propriété de venir s'incarner dans le corps pour y végéter comme une plante parasite avant de se dessécher ou d'emporter le malade, les médecins substituent un regard objectif qui dépiste des signes cliniques précis et les rattache de manière rigoureuse à l'atteinte d'un organe ou d'un tissu. Comme leurs confrères médecins du cœur, du foie ou du poumon, les aliénistes voudraient devenir les médecins du cerveau où, depuis l'Antiquité, on localise le siège de la pensée. Ils multiplient les autopsies, examinent les méninges, pèsent,

coupent et colorent l'encéphale fixé dans le formol. Sans résultats probants.

Cela ne les empêche pas de continuer d'affirmer, avec le professeur de Berlin Wilhelm Griesinger, que « la médecine mentale doit, de plus en plus, sortir du cercle étroit auquel elle était astreinte autrefois ; il est temps de la cultiver comme une branche de la pathologie du cerveau et du système nerveux en général, et de lui appliquer les méthodes sérieuses du diagnostic usitées maintenant dans toutes les branches de la médecine. »

### *Un succès inattendu*

Un jeune médecin de Charenton, Antoine Laurent Bayle, en 1822, semble donner raison à ce point de vue *organiciste*. Il consacre sa thèse à la description d'une maladie mentale qu'il appelle « paralysie générale » et qui a tous les critères exigés d'une maladie physique : un regroupement de symptômes et une évolution caractéristiques, une atteinte organique spécifique (c'est-à-dire retrouvée dans tous les cas de cette maladie et seulement dans cette maladie), une cause.

➤ Les symptômes sont précis : une **mégalomanie** (un délire expansif marqué par la folie des grandeurs) associée à un embarras du langage (la **dysarthrie**) et à l'apparition progressive de petits **troubles de la marche** – on leur ajoutera par la suite une anomalie de la pupille et de sa réaction à la lumière, un signe dit pathognomonique, un mot difficile qui veut dire que ce signe, à lui seul, permet le diagnostic.

- Les **lésions anatomiques** touchant les méninges et le cerveau sont particulières.
- L'évolution vers la **démence** est régulière et progressive.
- Presque un siècle plus tard on découvrira son **origine syphilitique**.

On a ici tous les éléments qui permettent de définir une maladie mentale avec la même rigueur qu'un diabète ou une fièvre typhoïde. La découverte d'Antoine Laurent Bayle suscite un grand espoir. Elle reste unique, mais l'espoir continue à faire vivre les convictions organicistes.

### *Un essai de clinique objective : la phrénologie*

Un anatomiste viennois de qualité, Franz Joseph Gall, a proposé une curieuse théorie. Il a imaginé que le cerveau était constitué d'une multiplicité d'**organes indépendants** : l'organe de la mémoire, l'organe de l'amitié, l'organe de la gaieté, l'organe de la bienveillance, etc. Le développement inégal de chacun de ces organes se marquerait sur les os du crâne qui les recouvrent, d'où la possibilité supposée de dépister à la palpation une hypertrophie ou une atrophie de l'organe entraînant maladie ou don particulier. La « bosse des maths » vient de là.

Plusieurs aliénistes se saisissent de cette théorie et, avant d'ouvrir les crânes, se mettent à les palper avec attention. Parmi eux, un médecin parisien renommé, François-Joseph-Victor Broussais, attribue la folie à une **irritation** qui causerait des « mouvements » dans certaines zones cérébrales. Dans toutes les maladies du corps ou de l'esprit, il préconise la saignée comme une panacée. Les résultats déplorables de ce

traitement lors d'une épidémie de choléra entraîneront son discrédit.

## ***La résistance du point de vue psychologique***

### ***En France***

Devant tous les échecs des organicistes, d'autres, malgré tout, essaient de maintenir le point de vue psychologique initial et de préférer le recueil des histoires de malades au découpage en tranche des cerveaux. L'un d'eux, Jean-Pierre Falret, qui a fortement critiqué la notion de *monomanie*, a dit que, si le crâne était transparent, on ne verrait pas de différence entre un cerveau qui rêve et un cerveau qui délire. Il cherche sa légitimité ailleurs que dans la dissection, dans l'examen clinique et dans l'observation de l'évolution au long cours. C'est ce qui lui permet de décrire une maladie autonome : la **folie à double forme**, qui fait alterner des états d'excitation et des états dépressifs. Ce sera plus tard la psychose maniaco-dépressive rebaptisée aujourd'hui *trouble bipolaire*. Son collègue François Leuret, excellent anatomiste par ailleurs, soutient que nul n'a vu les « mouvements du cerveau » invoqués par François-Joseph-Victor Broussais.

### ***En Allemagne***

En pleine période romantique, une école se réclame de l'étiquette *psychiste* pour défendre une conception de la folie comme une atteinte de l'âme analogue au péché. Pour cette école, c'est l'âme, une force spirituelle dominant le corps, qui est affaiblie dans la maladie mentale et qui ne peut

plus imposer sa loi aux désirs corporels. Ceux-ci submergent donc l'individu.



## À propos de l'âme

L'âme est aujourd'hui un concept exclusivement philosophique ou religieux. Il a pourtant tout un passé médical. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, un chimiste et médecin allemand, Georg Ernst Stahl, considérait l'âme comme le principe qui donnait son unité et sa cohérence au corps et, diffusant dans tous les organes, permettait et harmonisait leur fonctionnement. Préfigurant la médecine psychosomatique, il considérait les différentes maladies organiques comme un oubli par l'âme d'une partie du corps. Faute de cette animation, les composés constitutifs de l'organe se désolidarisaient et se décomposaient en leurs éléments, comme un édifice dont le ciment serait atteint. L'*animisme* stahlien et son cousin idéologique le *vitalisme* – qui postulait l'existence d'un « principe vital » nécessaire à la vie – ont longtemps résisté aux explications physico-chimiques des processus vitaux. Sigmund Freud emploie encore le terme allemand *Seele* (« l'âme ») pour désigner ce qu'on a traduit par *psychisme*, pour faire plus savant.

Les psychistes sont donc eux aussi partisans d'un traitement moral qui s'apparente beaucoup à la direction de conscience et où le médecin, s'astreignant lui-même à une ascèse, devient un guide et une sorte d'exemple vivant. On a dit parfois que la découverte freudienne de l'inconscient s'inscrirait, dans une certaine mesure, dans la filiation de ce courant.

Au milieu du XIX<sup>e</sup>, Sigmund Freud est encore un bébé au berceau. Le point de vue psychologique s'éteint pour un demi-siècle, recouvert par les explications organicistes et le recours explicatif à l'hérédité dont un aliéniste de l'époque, Ulysse Trélat, a dit qu'elle était « la cause des causes ».

## *La théorie de la dégénérescence*

La grande théorie psychiatrique de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle donne en effet une place majeure à l'**hérédité** et attribue la folie à une dégénérescence de l'espèce. Par-delà la psychiatrie, elle a inspiré les écrivains (Émile Zola et la saga des Rougon-Macquart), les criminologistes (l'Italien Cesare Lombroso et sa théorie du criminel-né), les pamphlétaires politiques (Max Simon Nordau). Bien qu'abandonnée par la plupart des psychiatres au début du XX<sup>e</sup> siècle, elle a ancré dans l'opinion l'idée de l'incurabilité et de la transmission héréditaire des maladies mentales, et a continué pendant longtemps à exercer ses ravages. Pour comprendre son origine et son succès, il faut la relier à l'esprit du temps.



## Des dégénérés à la pelle

On connaît les héros de l'histoire naturelle d'une famille sous le Second Empire, les Rougon-Macquart, racontée par Émile Zola : l'ancêtre folle, les héritiers ivres d'or ou de pouvoir, artistes parfois mais déséquilibrés, alcooliques, meurtriers (*La Bête humaine*), fous de sexe, prostituées (*Nana*), hémophiles et idiots (*Le docteur Pascal*).

Le journaliste, médecin et philosophe Max Simon Nordau s'est saisi du concept de *dégénérescence* pour traiter la plupart des artistes de son temps (et Émile Zola lui-même) de dégénérés, d'empoisonneurs de la culture, et a réclamé l'aide des aliénistes pour purger la société de ce venin. Ironie de l'histoire : Max Simon Nordau était juif, cofondateur du sionisme, or ses idées ont été reprises par les nazis pour condamner et brûler, en les qualifiant d'« art dégénéré », les œuvres de peintres et de poètes de génie, avant de gazer et de brûler les semblables de Max Simon Nordau.

Cesare Lombroso était un médecin italien. En mesurant le crâne, les oreilles, le menton ou le nez des criminels, il a cru déceler chez certains, les soi-disant

*criminels-nés*, les signes d'une dégénérescence particulière, l'atavisme qui, pour lui, marquait le retour au primate originel. Il s'est aussi intéressé au génie, considéré comme une particularité pathologique héréditaire ! À cette époque dominée par les valeurs de la bourgeoisie conservatrice, le génie était plutôt mal vu car, par ses excès, il s'écartait de l'ordre normal. Implicitement ou explicitement, la psychiatrie participait à l'éloge de la médiocrité.

## ***La laïcisation du péché originel***

### ***Un catholicisme de combat***

Pendant la Révolution un philosophe contre-révolutionnaire, **Joseph de Maistre**, avait remis au goût du jour le dogme du péché originel, en le compliquant d'un péché originel de second ordre, une transmission aux enfants des fautes des pères et de leur punition. Il voyait dans les bouleversements institutionnels et dans le sang répandu par la Terreur un juste châtement des jouissances libertines et des libertés d'esprit que l'aristocratie du XVIII<sup>e</sup> siècle s'était autorisées. Allant plus loin, il tenait toutes les maladies pour une conséquence méritée de la faute d'un ancêtre et annonçait que la multiplication des fautes liée à l'abandon des valeurs traditionnelles entraînerait inéluctablement la multiplication des maladies et la dégénérescence des familles. Ces vaticinations apocalyptiques avaient eu une grande influence sur la pensée catholique, qu'elle fût de droite ou de gauche, monarchiste ou de tendance socialiste.

## *Le Traité des dégénérescences*

Après le coup d'État de Louis-Napoléon Bonaparte et l'instauration du Second Empire, ces idées connaissent une nouvelle vigueur. Au moment où le comte de Gobineau proclame l'inégalité des races humaines et prophétise la décadence des civilisations et l'anéantissement de l'humanité par les métissages – une théorie qui aura beaucoup de succès dans l'Allemagne nazie et qui semble malheureusement renaître aujourd'hui –, un aliéniste, **Bénédict Augustin Morel**, publie son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Il y soutient que les maladies mentales, dans leur diversité, sont réunies par l'hérédité, la transmission d'un mystérieux « trouble de la vitalité » qu'il qualifie de « lésion métaphysique ». Des déséquilibrés reprenant un processus de dégénérescence d'abord léger, au point où s'en étaient arrêtés leurs parents, engendrent plus déséquilibrés qu'eux. Leurs enfants, à leur tour, procréent des mélancoliques et des maniaques qui procréent des déments précoces et pour finir des idiots. L'idiot, généralement stérile, selon Bénédict Augustin Morel, met le point final à une évolution désastreuse qui a écarté progressivement un rameau de l'espèce humaine du type primitif.

## *Le progrès, source de dégénérescence*

Bénédict Augustin Morel n'est pas raciste. Contrairement au comte de Gobineau, il ne pense pas que le mélange des races soit nocif et espère même un apport bénéfique de sang frais grâce à la

colonisation. Pour lui, c'est le **progrès industriel** qui est le principal coupable. Il répand des produits toxiques, favorise l'alcoolisme du prolétariat arraché à la saine vie des campagnes par les mirages de l'urbanisation et entassé dans des taudis surpeuplés, emplis de miasmes nocifs, où les enfants nourris d'aliments frelatés sont élevés dans l'immoralité et la promiscuité. Bénédicte Augustin Morel est un catholique moraliste. Cependant, chez lui, le péché originel prend une teinte moins religieuse et plus sociale et politique. La science permet à son avis de mieux comprendre et de prévenir les effets d'un mal lié certes à des fautes collectives, mais que l'hygiène et le dépistage précoce permettront de prévenir.

### *De nouveaux rôles pour l'aliéniste*

#### **L'hygiénisme**

Précurseur du médecin du travail, du médecin de santé publique et de l'écologiste, Bénédicte Augustin Morel pense que l'aliéniste, successeur du prêtre, devrait être reconnu comme conseiller par les pouvoirs politiques et économiques pour orienter la surveillance de la pollution, des maladies professionnelles, ainsi que la construction des habitations ouvrières, l'éducation morale du peuple et son alimentation.

À ses collègues, il donne pour mission principale de dépister le plus précocement possible les premiers signes d'atteinte. Ce sont, avant même que les signes psychiques ne s'installent, les **stigmates physiques** : un pied-bot, un strabisme, une forme particulière du nez ou des oreilles, un

doigt en plus, un bec-de-lièvre. Des images illustrent son livre et permettent de saisir sur le vif les effets de la dégénérescence établie sur une physionomie, donc d'en reconnaître les prémices afin d'orienter les mariages.

### **Les préoccupations eugénistes**

Fondé en Angleterre par le cousin de Darwin, Francis Galton, l'eugénisme, le souci d'améliorer la race humaine par la sélection des plus aptes, devient à la mode. Si en France il reste discret et se limitera à prévenir par des conseils les unions défavorables, il connaîtra ailleurs, en particulier aux États-Unis, en Suisse et en Europe du Nord, des formes beaucoup plus actives : la castration et la stérilisation. On sait qu'en Allemagne nazie il conduira à l'extermination des malades mentaux, qui avait déjà été proposée, comme une euthanasie bienfaitrice, par un certain nombre de personnalités, dont les prix Nobel français Charles Richet et Alexis Carrel. Bénédict Augustin Morel n'est jamais allé jusque-là.

### ***Pendant ce temps, dans les asiles et dans l'opinion...***

#### ***La dégénérescence de l'institution***

Tout à ses préoccupations sociopolitiques, Bénédict Augustin Morel pense que l'aliéniste a désormais mieux à faire que de s'épuiser à soigner une population de dégénérés sans espoir. L'internement pour lui n'a de valeur que **protectrice**. Il offre un toit aux malheureuses victimes d'une tare héréditaire inscrite depuis des

générations dans leur patrimoine et qui ne peut que s'aggraver tout au long de leur vie, en se transmettant à leurs descendants sous une forme encore plus maligne. Il protège la société en retenant et mettant hors d'état de nuire et de se reproduire des sujets dangereux. La **chronicité** s'est installée et, avec elle, la conviction de l'**incurabilité** de la plupart des pathologies mentales. On est loin maintenant de l'optimisme des pionniers et des prétentions thérapeutiques qui avaient présidé à la naissance des asiles. Cela n'empêche pas d'en poursuivre et même d'en accélérer la construction. Toutefois, en dépit d'un effort architectural conséquent et de l'apparition de quelques services de suite pour réadapter les internés à la vie extérieure – comme un certain nombre de fermes ouvertes ou comme les *patronages* : de petites résidences extrahospitalières avec ateliers –, les asiles se transforment en lieux d'enfermement aussi archaïques qu'au temps de l'inspection de Jean-Étienne Esquirol. À la dégénérescence supposée de la population de reclus qu'ils abritent, dans des conditions de plus en plus lamentables liées au surencombrement, au petit nombre de médecins et à la sous-qualification croissante des gardiens, correspond, en miroir, la **dégénérescence de l'institution**. On y multiplie les cellules capitonnées et les moyens de contention (la fameuse camisole). On n'y pratique guère, comme traitement, que l'hydrothérapie sous ses différentes formes : la douche ou l'immobilisation dans une baignoire fermée par un couvercle en bois, dont seule émerge la tête et où l'aliéné trempe des heures dans l'eau froide et dans ses déjections.

### *La montée des critiques*

L'opinion commence à s'émouvoir. Dans les années 1860 et 1870, des témoignages d'internés, plusieurs campagnes de presse, des romans à succès ont jeté un discrédit sur l'aliénisme. Les aliénistes ont beau changer de nom – ils commencent de plus en plus à se faire appeler *psychiatres* –, leur inefficacité masquée par un langage compliqué, les conditions de vie qu'ils offrent à leurs patients, les pouvoirs que leur donne la loi font l'objet de critiques violentes. On dénonce leur étroitesse d'esprit, leurs préjugés qui transforment *a priori* en symptômes toute parole ou tout comportement soumis à leur jugement. On les accuse, en collusion avec le pouvoir politique et les familles, de pratiquer des internements arbitraires. Les tentatives de réformer la loi de 1838, qui leur permet presque sans contrôle de certifier l'aliénation et de prescrire ou de maintenir l'internement, avortent les unes après les autres. On tient les aliénistes pour responsables et on les traite de policiers parallèles. En même temps, on conteste leurs expertises qui font échapper des assassins à une sanction légitime. Ils vont devenir, pour longtemps, des **médecins de second ordre**, déconsidérés, à la recherche permanente d'un prestige qui leur est refusé malgré l'existence parmi eux de personnalités d'importance. Ils cherchent néanmoins à se défendre, en affinant la description des symptômes et la classification des maladies, avec peu de conséquences pratiques pour les malades qui en sont l'objet. Ce qu'on a appelé « l'âge d'or de l'aliénisme » ressemble plus à une époque de collectionneurs qu'à un moment faste de la thérapeutique psychiatrique.



## Valentin Magnan et la deuxième théorie de la dégénérescence

Valentin Magnan a, dans les années 1870, repris la théorie de Bénédicte Augustin Morel en la débarrassant de ses références morales, religieuses et sociétales. En pur clinicien, il a opposé le délire chronique systématisé à évolution progressive régulière aux « bouffées délirantes polymorphes des dégénérés héréditaires » aiguës et spontanément curables. La dégénérescence n'est donc plus pour Valentin Magnan un phénomène universel qui explique tous les troubles mentaux, mais un processus propre à certains troubles. Aux stigmates physiques de Bénédicte Augustin Morel, Valentin Magnan a ajouté des stigmates psychiques. Ce sont des troubles plus légers, des phobies, des obsessions, des impulsions pathologiques et des comportements considérés comme pervers telle l'« inversion sexuelle » à laquelle Valentin Magnan, associé à Jean-Martin Charcot, a consacré un article. Ces stigmates psychiques fondent donc une nouvelle clinique des névroses et des perversions, qui étend le domaine d'intervention du psychiatre au-delà de la folie, vers ce qu'on va appeler les *petits mentaux*. Pour Valentin Magnan, dans une perspective darwinienne, la dégénérescence est un processus biologique héréditaire qui dissout les

centres supérieurs, apparus plus tardivement dans l'évolution des espèces, et libère les centres inférieurs du contrôle supérieur. On distingue ainsi des *dégénérés bulbo-spinaux* (du bulbe et de la moelle épinière), dominés par les instincts les plus grossiers, et des *dégénérés supérieurs*, des sujets déséquilibrés, à la vie orageuse aux confins de la délinquance, parfois proches du génie.

## *La psychiatrie fin de siècle*

### *Une médecine contemplative*

Privés de moyens, peu enclins à suivre les conseils de Bénédicte Augustin Morel et à se lancer dans une carrière d'hygiéniste, la plupart des aliénistes, nourris et logés à l'intérieur de l'asile, en sortent peu et se consacrent à observer, non sans finesse, les patients qui leur sont confiés, le plus souvent à vie. Ils décrivent l'évolution et les différentes formes d'un mal qu'ils ont appris, depuis Jean-Pierre Falret, à systématiser en maladies différentes et non plus, comme Philippe Pinel, en aliénation unique. Ils cultivent le jardin des racines grecques ou latines pour donner des noms à leurs symptômes. L'« **âge d'or** » de l'aliénisme est plus productif sur le plan linguistique que sur celui des soins.

### *Une classification internationale des psychoses*

À défaut d'avoir pu expliquer l'aliénation par des lésions du cerveau – ce qui leur aurait conféré une autorité scientifique analogue à celle des autres médecins –, les psychiatres essaient de continuer à mettre de l'ordre dans les différentes maladies mentales qu'ils ont peu à peu individualisées et surtout, ce qui n'est pas facile, de se mettre d'accord sur une classification. Le terme de *psychose*, aux allures grecques plus sérieuses, remplace progressivement dans le langage psychiatrique le terme de *folie*. Il est venu d'Autriche et d'Allemagne. On distingue les psychoses chroniques, étendues sur des années voire sur la durée d'une existence, et les psychoses aiguës accidentelles.

### *Emil Kraepelin et les psychoses chroniques*

L'Allemand Emil Kraepelin (1856-1926) réussit à fonder sur l'évolution des psychoses une **nosographie** (une classification) qui fera longtemps autorité et dont une partie reste encore d'actualité.



## « Méfiez-vous des malades mentaux. »

C'est en ces termes qu'Emil Kraepelin s'adressait à ses étudiants. Il avait peur des fous depuis que son maître Bernhard von Gudden avait été entraîné dans la noyade par son célèbre patient, le roi Louis II de Bavière. Esprit froid,

méthodique, objectif, il se préoccupait peu de ce que ressentait ses clients. Plus que les éléments d'une histoire personnelle, il cherchait à mettre en évidence des signes avec lesquels il organisait un tableau clinique et pensait pouvoir prévoir une évolution. Le *kraepelinisme* désigne depuis une tradition psychiatrique du regard extérieur à prétention scientifique, où la référence du diagnostic à des catégories solidement constituées remplace la lésion explicative, toujours aussi désespérément absente. Cette tradition s'oppose à une autre tradition dite psychopathologique fondée sur l'empathie, c'est-à-dire sur la capacité à se mettre à la place du malade pour comprendre de l'intérieur les mécanismes psychologiques qui l'ont conduit à se sentir et à sentir le monde d'une manière personnelle différente de celle des autres.

Il différencie principalement trois espèces :

- ✓ La **psychose maniaco-dépressive** a une évolution cyclique. Elle alterne des phases d'excitation dite maniaque et des phases de dépression mélancolique. Ces phases sont généralement entrecoupées par des périodes où le sujet retrouve un comportement normal.
- ✓ La **démence précoce** a, au contraire, une évolution progressive. Elle atteint le sujet jeune, à l'entrée dans l'âge adulte. Elle se poursuit par une destruction progressive de la pensée pour aboutir à un état de démence. Emil Kraepelin en décrit trois formes :

- la forme **catatonique** dominée par un état particulier de suspension des mouvements,

le sujet restant figé comme une statue de cire ;

- la forme **paranoïde** caractérisée par un délire confus, désorganisé, mêlé d'hallucinations ;

- la forme **hébéphrénique** (de *hébé*, en grec « la jeunesse ») marquée par le puérilisme et la désagrégation de la personnalité.

✓ La **paranoïa** (en grec « pensée à côté ») désigne un délire structuré, sans hallucination, qui saisit le sujet vers sa maturité, mais qui s'inscrit sur une personnalité particulière marquée par la méfiance vis-à-vis de persécuteurs supposés, un sentiment exagéré de sa valeur et de son importance, une rigidité psychique et une tendance à raisonner de travers. Une fois éclos, le délire reste en l'état et peut déterminer des comportements agressifs voire dangereux.



## Adolf Hitler était-il paranoïaque ?

La question de la folie des hommes de pouvoir est récurrente et difficile à trancher. Adolf Hitler avait manifestement un ego surdimensionné. Il était méfiant et persécuté (par les Juifs, par les socialistes et les communistes, par certains de ses premiers partisans qu'il fit promptement assassiner). Il avait une idée du destin du peuple allemand qu'on pourrait qualifier d'idée fixe

délirante, dans la mesure où elle n'a heureusement pas correspondu à la réalité. Mais quand un homme réussit à faire partager cette idée par la multitude, quand il réussit, habilement, à incarner la figure du guide et du sauveur pour cette multitude désemparée par une crise économique sans précédent, quand il parvient aussi adroitement à conquérir le pouvoir et à s'y maintenir, quand il échoue de peu à établir, en quelques années, l'empire sur le monde d'un pays qu'il a trouvé exsangue, peut-on parler de maladie ?

### *Les psychoses aiguës*

Les Grecs connaissaient déjà la *phrenitis* et le délire « avec fièvre ».

À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, plusieurs auteurs étudient la confusion mentale (une perte momentanée des capacités intellectuelles et de l'orientation dans le temps et l'espace) ainsi que les délires aigus ou subaigus, ressemblant à un rêve éveillé et qu'ils qualifient d'*oniroïdes*. La confusion et ces délires passagers peuvent succéder à des prises de toxique, à un état épileptique mais aussi à des traumatismes psychiques. On peut en rapprocher les « bouffées délirantes » des soi-disant « dégénérés héréditaires » de Valentin Magnan, ainsi que certaines manifestations hystériques.

### *L'extension du domaine de la psychiatrie*

Limitée longtemps à l'aliénation mentale confirmée, à la folie devenue psychose, la

psychiatrie, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, commence à étendre son domaine.

### *Les névroses*

Le terme de *névrose* est ancien. Il a été créé en 1769 par un médecin écossais, William Cullen, pour désigner toutes les maladies associées au système nerveux. Il a été réservé ensuite aux maladies nerveuses ou supposées nerveuses dont on n'avait alors pas encore découvert le siège, comme la maladie de Basedow (en réalité une hyperactivité de la glande thyroïde), la maladie de Parkinson, l'épilepsie ou la chorée de Sydenham (la danse de saint Guy, une maladie dont on connaît aujourd'hui l'origine infectieuse). Progressivement, par opposition aux psychoses, il désigne un trouble mental plus léger, où la notion que le sujet a de soi et du monde n'est pas affectée et où, classiquement, le sujet est parfaitement conscient de son trouble.

C'est Sigmund Freud (1856-1939), un exact contemporain d'Emil Kraepelin, qui a laissé la classification la plus achevée des névroses.

- ✓ Il a repris la **neurasthénie** de George Miller Beard, une affection caractérisée par la fatigabilité et l'anxiété.
- ✓ Il a consacré une large partie de son travail clinique et de son œuvre théorique à l'**hystérie**. Connue depuis Hippocrate, cette névrose a définitivement rompu ses liens avec l'utérus et est considérée depuis le milieu du siècle, à la suite des travaux de l'auteur français Paul Briquet, comme une maladie nerveuse. Elle se manifeste par des symptômes multiples mimant un certain

nombre de maladies organiques, d'où sa dénomination parfois péjorative de « grande simulatrice ». Elle est en effet marquée par un certain théâtralisme, un besoin pathologique d'attirer l'attention et de séduire l'interlocuteur qui peut être source d'antipathie.

✓ Sigmund Freud distingue de plus la **névrose d'angoisse**, dominée par un symptôme particulier : une peur sans objet avec des manifestations à la fois physiques (la boule d'angoisse) et psychiques (l'anxiété ou attente d'un danger imminent et inconnu).

✓ Dans la **névrose phobique** ou hystérie d'angoisse, la peur se focalise sur des objets, des situations ou des actions que le sujet cherche, par conséquent, à éviter : des animaux, des objets pointus, la foule (agoraphobie), un enfermement (claustrophobie), le vide, les moyens de transport (jadis le chemin de fer, aujourd'hui l'avion), etc.

✓ La description freudienne de la **névrose obsessionnelle** ou « névrose de contrainte », dominée par l'existence d'idées ou d'impulsions parasites que le sujet réproouve et contre lesquelles il lutte, rejoint en partie celle de troubles déjà connus, comme la folie du doute et la lutte contre des impulsions, que Valentin Magnan considérait comme des stigmates de dégénérescence. Elle rejoint aussi le tableau dessiné par le psychologue français Pierre Janet, sous le nom de *psychasthénie*. Elle rentre aujourd'hui dans les troubles obsessionnels compulsifs, plus connus sous le sigle TOC.



## Pierre Janet

Pierre Janet n'a pas eu de chance. Il aurait pu découvrir la psychanalyse. Travaillant à Paris dans l'ombre de Jean-Martin Charcot, ce philosophe de formation, devenu secondairement médecin, s'était intéressé à l'hypnose, que Jean-Martin Charcot avait mise à la mode et utilisait à la fois pour diagnostiquer et pour soigner ses hystériques. Inspiré comme Sigmund Freud, comme John Hughlings Jackson, comme Valentin Magnan, par le darwinisme, surtout dans sa version élaborée par le philosophe anglais Herbert Spencer, il s'est intéressé à l'automatisme psychologique déclenché par l'hypnose, où il voyait l'expression de structures inférieures de la pensée, normalement tenues en respect dans le subconscient par les structures supérieures. À l'inverse de Sigmund Freud qui attribuait les symptômes à la force des pulsions cherchant leur réalisation, il expliquait les troubles pathologiques – la dissociation de la personnalité ou les obsessions – par la baisse d'une tension psychologique nécessaire à la synthèse de la pensée. Une baisse de tension laissait la personnalité désorganisée en ses diverses composantes, en proie à des émotions et à des représentations automatiques et anarchiques. Il s'éleva contre les théories freudiennes du rêve et de l'origine sexuelle des névroses, tout en revendiquant la priorité sur la méthode thérapeutique. Sigmund Freud, qui

n'était pas un tendre, lui en voulut et refusa de le recevoir pour discuter.

## *La question des perversions*

### **Les médecins du sexe**

Alors que les manuels des confesseurs continuaient à différencier avec précision le licite de l'illicite dans la manière de parvenir à la jouissance, le Code pénal, depuis Napoléon, restait extrêmement discret sur la question des troubles du comportement sexuel, se contentant de protéger les mineurs et d'exiger le consentement des majeurs. C'est la médecine psychiatrique qui, pendant le XIX<sup>e</sup> siècle, prend la place de la justice et de la religion pour régler officiellement la sexualité. Elle commence par proposer les notions de *monomanie instinctive* et, avec l'Anglais George Pritchard, de *folie morale*. Après la désaffection à l'égard de ces catégories, à partir du milieu du siècle, une place reste vide dans les nomenclatures. Elle sera occupée par le terme de ***perversion***. Henry Havelock Ellis, un Anglais, et Richard von Krafft-Ebing, un Allemand, sont les principaux fondateurs d'une nouvelle discipline : la **sexologie**.

### **La question de l'homosexualité**

Tout avait commencé dans les pays de langue germanique où elle était criminalisée par une étude de l'homosexualité et par la volonté de ramener l'« **inversion sexuelle** » à une maladie distincte de l'aliénation mentale, pour faire échapper les homosexuels tant à la loi qu'à l'asile.

Certains la tenaient pour congénitale, donc pour incurable, d'autres la pensaient acquise par une expérience précoce de séduction et proposaient de la traiter par l'hypnose ou par la fréquentation de prostituées ordonnées comme un médicament. Plus libéral, le médecin allemand Albert Moll considérait qu'il ne fallait traiter les homosexuels que s'ils souffraient de leur condition – une position voisine de celle de Sigmund Freud.

### **Un choix de perversions**

On poursuivra en étendant à loisir la liste des manières très variées d'arriver à la jouissance : le voyeurisme, l'exhibitionnisme, le fétichisme, ou certaines formes illustrées par la littérature qui leur donne un nom : le sadisme, le masochisme. Zoophilie, gérontophilie, pédophilie, nécrophilie viendront compléter cette énumération à la Prévert. On y ajoutera des perversions non sexuelles, en apparence au moins, comme la pyromanie ou la kleptomanie.

### **Des tentatives d'unification**

À cette diversité clinique où se mêlent le ridicule et l'horreur, Valentin Magnan a apporté une première tentative d'unification en établissant une **hiérarchisation des centres du plaisir** – les plus grossiers dans la moelle, les plus sophistiqués dans le cerveau – et en attribuant à une dissolution dégénérative héréditaire la perte de contrôle et le fonctionnement dysharmonique de la sexualité. Le pervers n'est plus un monstre. Il souffre d'un défaut d'intégration de pulsions qui existent à l'état dormant chez tous les êtres humains.

En élaborant sa théorie du développement sexuel et en qualifiant l'enfant de « pervers polymorphe », Sigmund Freud contribuera lui aussi à relativiser le concept de *perversion*. Devenue l'avèrs de la névrose, la perversion se définira selon lui comme un arrêt dans le développement de la sexualité.

### ***La naissance de la neurologie***

Malgré cette extension de leur champ d'intervention, les psychiatres, toujours en difficulté dans l'opinion, précédés par leur fâcheuse réputation de « médecins des fous » parfois aussi fous que leurs malades (la vieille idée de la contagion de la folie), doivent faire face au développement d'une nouvelle spécialité : la neurologie.

### ***John Hughlings Jackson***

Vers la fin du siècle en effet, une nouvelle spécialité émerge dans le voisinage de la psychiatrie. Elle a commencé dès le XVIII<sup>e</sup> siècle à s'esquisser en Angleterre et s'y développe au XIX<sup>e</sup> avec John Hughlings Jackson, qui étudie surtout l'épilepsie et qui, dans une perspective darwinienne voisine de celle de Valentin Magnan, décrit le système nerveux comme un empilement de structures hiérarchisées où les plus récentes contrôlent les plus anciennes. Dans chaque trouble du système nerveux central, on peut donc retrouver des symptômes négatifs, liés à la destruction du centre supérieur, et des symptômes positifs, liés à la libération du centre inférieur.



## Un exemple : l'aphasie

Un anatomiste français, Pierre Paul Broca, a montré qu'un trouble du langage, l'aphasie, était lié à la lésion d'une zone particulière du cortex de l'hémisphère gauche. Il a inauguré ainsi l'étude des localisations cérébrales, une sorte de manière de ressusciter la vieille phrénologie de Franz Joseph Gall, qui aboutira à une cartographie cérébrale distinguant les zones de la motricité, de la sensibilité, de la vision, de l'audition, etc., et les associations entre ces zones. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet aujourd'hui de préciser et de compliquer chez le vivant cette cartographie. John Hughlings Jackson a décomposé l'aphasie en symptômes négatifs – la suspension du langage articulé – et en symptômes positifs – le jargon qui prend sa place et qui marque l'activité de centres inférieurs échappant à un contrôle supérieur. Il inaugure ainsi une neurologie globaliste, où les symptômes ne sont pas que l'effet linéaire d'une lésion, mais où ils représentent un mélange complexe de déficits directement engendrés par la lésion et de réorganisation défensive de l'ensemble des conduites pour s'adapter à cette lésion et la compenser. Cette vision globaliste aura une grande influence sur la psychopathologie.

## *Jean-Martin Charcot et l'hystérie*

En France, le principal fondateur de la neurologie s'appelle Jean-Martin Charcot. Trois quarts de siècle après Philippe Pinel, il se retrouve lui aussi à la Salpêtrière. Il ne se contente pas d'y décrire un grand nombre de maladies neurologiques dont certaines portent son nom, comme la sclérose latérale amyotrophique qui désigne une dégénérescence (cette fois le mot a un sens biologique précis) des cornes antérieures de la moelle épinière. Il s'intéresse aussi à l'hystérie qu'il essaie de réhabiliter – car elle est plutôt mal vue des médecins qui ont peur de se faire manipuler par les hystériques. Pour faire respecter ses malades, il tente de les catégoriser comme des malades neurologiques avec des symptômes précis : des zones d'anesthésie, des troubles sensoriels, des troubles moteurs et surtout des crises à l'évolution caractéristique en quatre phases de rigidité hypertonique, de convulsions, d'attitudes passionnelles et de délire.



### **Les hystériques du professeur Charcot**

Jean-Martin Charcot était un seigneur tout-puissant, il faisait et défaisait les carrières. C'était en même temps un grand bourgeois fortuné qui tenait salon et chez qui se fréquentaient l'aristocratie et l'élite intellectuelle. Il régnait sur son service de la Salpêtrière et sur une troupe d'élèves avides de satisfaire les désirs du

maître. En cela cette troupe était imitée par une autre troupe, celle des patientes dites hystériques, hospitalisées depuis longtemps et devenues des malades quasi professionnelles. Lors de présentations appréciées du beau monde qui se précipitait au spectacle, le maître déclenchait à l'envi des crises chez ses patientes. Celles-ci exécutaient docilement toutes les phases requises et exhibaient les symptômes attendus. Ce n'est qu'après la mort de Jean-Martin Charcot que son élève Joseph Babinski osa défaire l'édifice conceptuel sacré et affirmer que tout cela n'était que suggestion – ce que disait depuis longtemps à Nancy un autre médecin, Hippolyte Bernheim. Le seul caractère spécifique d'un symptôme hystérique était de pouvoir être suggéré et de disparaître lors d'une contre-suggestion. Il fallut attendre Sigmund Freud pour comprendre ce qui se cachait derrière cette suggestibilité et pour décrypter la curieuse relation d'amour entretenue entre Jean-Martin Charcot et ses hystériques.

Jean-Martin Charcot attribue certaines hystéries post-traumatiques à un trouble qu'il qualifie de « fonctionnel » et non de lésionnel : la persistance inconsciente d'une image parasite constituée au moment d'un accident, par exemple un état de sidération et d'impuissance resté fixé dans le cerveau, se traduit ensuite en paralysie. Sigmund Freud, venu étudier la neurologie chez Jean-Martin Charcot, sera un temps influencé par cette théorie. Cette notion de *trouble neurologique fonctionnel* (une atteinte qui ne se matérialise pas par une lésion) va permettre à la neurologie de

réclamer une part sinon la totalité du territoire occupé par les psychiatres.

### ***La neuropsychiatrie***

La psychiatrie aurait bien aimé garder pour elle l'encéphale et laisser seulement la moelle et les nerfs périphériques aux neurologues. L'ambition de Jean-Martin Charcot et surtout de ses élèves directs ou indirects est plus grande. L'un d'eux, Joseph Jules Dejerine, publie ainsi en 1886 une vaste synthèse où il regroupe tous les troubles psychiatriques et neurologiques, dans la perspective de la dégénérescence. Tous dérivent pour lui d'une « souche commune » : la ***neurasthénie*** de George Miller Beard. Ce trouble banal annoncerait une suite de pathologies affectant le cerveau et les nerfs et se traduisant par les symptômes des différentes maladies nerveuses ou mentales. Cette vision globale va servir à la constitution d'une *neuropsychiatrie*, où la neurologie, lestée du prestige que lui donne l'existence de lésions authentifiées sur la table d'autopsie, submerge une psychiatrie sans lésions donc sans légitimité scientifique. Réduite au rang de vassale, privée dans notre pays de chaires universitaires sauf à Paris et à Strasbourg après le retour de l'Alsace à la France, la psychiatrie végétera plus d'un demi-siècle avec ses psychotiques chroniques dans ses asiles misérables, laissant aux neurologues, devenus neuropsychiatres, les pathologies moins handicapantes et en apparence plus facilement curables, relevant surtout de la pratique privée, en cabinet ou en clinique.

### ***Vers un tournant***

Un tournant néanmoins se dessine qui correspond plus ou moins aux années qui succèdent immédiatement à la Grande Guerre. Bien qu'affectant une toute petite minorité de psychiatres, ce tournant annonce de nouvelles interrogations et, pour le meilleur et pour le pire, un abandon des positions contemplatives. Dans les quarante années qui suivent, deux courants, parfois séparés, parfois réunis dans les mêmes personnes, revitaliseront peu à peu la discipline et redonneront espoir à ses praticiens comme à ses usagers.

Ces courants sont issus des deux tendances qui dès l'origine divisent la discipline :

- ✓ la **tendance psychogénétique** : les maladies mentales doivent être comprises comme des troubles de l'esprit, ce qui ne revient pas forcément à un dualisme et n'exclut pas l'idée que l'esprit puisse être un produit du corps ;
- ✓ la **tendance organogénétique** : les maladies mentales doivent être principalement abordées comme des maladies du corps.

Les deux chapitres suivants sont consacrés à l'affrontement de ces deux tendances.

## Chapitre 3

# Comprendre l'esprit malade : la psychopathologie

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Analyser les ressorts de la souffrance psychique
  - ▶ Savoir comment est née la psychanalyse, en comprendre les concepts fondamentaux
  - ▶ Comprendre le lien qu'entretient la psychanalyse avec la psychiatrie
- 

*La démarche psychopathologique* consiste à essayer de comprendre, comme le faisaient déjà Philippe Pinel et Jean-Étienne Esquirol avec les passions, comment un certain nombre de symptômes psychiatriques se construisent dans l'esprit. Elle s'interroge sur la logique particulière à la base de cette construction, donc sur le sens qu'ont ces symptômes dans l'expérience intime du sujet malade.

### *Les mécanismes*

## ***Le trouble fonctionnel de Jean-Martin Charcot***

Avec l'hystérie post-traumatique, Jean-Martin Charcot avait essayé d'aller plus loin qu'une simple description. Son hypothèse d'un trouble fonctionnel restait encore très neurologique, mais elle laissait une place à l'expérience du sujet qui avait vécu un traumatisme inscrit en lui comme une trace indélébile. Cette conception traumatologique a repris une grande actualité pendant la Grande Guerre avec l'apparition de ***névroses de guerre***, des troubles d'origine psychologique secondaires à l'exposition à des situations extrêmes. Certains psychiatres militaires les ont traitées comme une pure simulation, tandis que d'autres essayaient de comprendre les mécanismes qui avaient transformé une peur ou une angoisse en symptômes somatiques comme une paralysie, une atteinte du sens de l'équilibre, un trouble de la vision, etc.

## ***L'interprétation délirante***

En 1909 deux psychiatres français, Paul Sérieux et Joseph Capgras, isolent dans la paranoïa d'Emil Kraepelin un trouble particulier qu'ils baptisent « délire d'interprétation ». À la base de ce délire, ils reconnaissent un mécanisme psychologique spécifique : l'interprétation délirante, c'est-à-dire la tendance du sujet à donner aux événements anecdotiques de sa vie un sens occulte, à les « interpréter » comme les signes d'une vérité cachée, généralement un complot dont il est la victime. L'interprétation s'étend progressivement **en réseau**, les signes s'accumulent et se confirment les uns les autres, accroissant ainsi la conviction délirante qui acquiert une logique de

plus en plus indiscutable dans l'optique de celui qui interprète. La description clinique ne se contente donc plus de collecter les symptômes les plus apparents (par exemple les idées de persécution exprimées par le malade), mais décèle derrière ces idées le mécanisme psychologique qui leur donne naissance.

### *Les délires passionnels*

Quelques années plus tard Gaëtan Gatian de Clerambault, qui fut le maître du célèbre psychanalyste Jacques Lacan, décrit, avec une autre modalité de la paranoïa, un autre mécanisme du délire.

Comme Philippe Pinel et Jean-Étienne Esquirol il se réfère aux passions, mais il fait jouer à la passion un rôle particulier, celui de produire un postulat fondateur :

- ✓ « il ou elle m'aime », dans le délire amoureux appelé *érotomanie* (l'illusion délirante d'être aimé) ;
- ✓ « il ou elle me trompe », dans le délire de **jalousie** ;
- ✓ « je suis un génie méconnu et grugé par mes semblables », dans le délire de **revendication**.

Une fois admis, le postulat fondamental ne fait l'objet d'aucune contestation. Le délire évolue **en secteur**, c'est-à-dire qu'il s'enrichit à partir du postulat initial que le sujet cherche là aussi à renforcer par des preuves. Le délire reste toutefois focalisé sur la seule passion délirante. Pour tout ce qui ne concerne pas sa passion, le délirant garde un raisonnement normal. On n'est pas loin des vieilles monomanies !

## ***La dissociation***

### ***L'invention de la schizophrénie***

C'est surtout un Suisse, Eugen Bleuler, qui en 1911 fait faire un grand pas à la nouvelle psychiatrie psychopathologique. Entouré par des psychanalystes, il n'est pas lui-même psychanalyste, quoique lié personnellement à Sigmund Freud. Il exerce au *Burghölzli*, la clinique psychiatrique universitaire de Zürich. Derrière les symptômes de la maladie identifiée par Emil Kraepelin sous le nom de **démence précoce**, il découvre un mécanisme original qu'il dénomme en allemand **Spaltung** et qu'on traduit habituellement par « scission » ou « dissociation ».



## **Dissociation ou discordance**

On saisira mieux la révolution opérée par la psychopathologie en comparant la dissociation d'Eugen Bleuler au concept contemporain du psychiatre français Philippe Chaslin, la *discordance*. Apparemment il s'agit de la même chose et Eugen Bleuler lui-même s'est demandé s'il n'aurait pas dû reprendre le terme de Philippe Chaslin. En réalité la différence est grande. Philippe Chaslin se contente de décrire un signe : le désaccord entre le contenu d'un délire et les émotions ou la mimique qui

accompagnent son expression (par exemple un sujet qui raconte en riant ou avec indifférence toutes les persécutions qu'on lui fait subir). En décrivant un mécanisme, Eugen Bleuler pénètre l'intériorité du psychisme de son patient, il essaie de comprendre comment s'enchaînent les symptômes, ce qui les explique et leur donne un sens. Le premier est un pur observateur. On ne voit pas ce que sa description apporte de plus au malade, qui ne gagne rien à être reconnu comme discordant et à être rangé dans une catégorie plutôt que dans une autre. Le second entre en relation avec son patient, il chemine à ses côtés pour percevoir la dissociation à tous ses niveaux. Par là il devient un thérapeute et peut soulager le mal qu'il essaie de comprendre. L'approche psychopathologique inaugure la psychothérapie.

Il propose de donner à la démence précoce un nouveau nom : *schizophrénie* du grec *schizein* (« fendre ») et *phrèn, phrénos* (primitivement « le diaphragme » et, par la suite, « le sentiment ou la pensée »). Il fait remarquer que le terme de *démence* est impropre puisque l'intelligence et la mémoire sont conservées. Même si à la longue les malades peuvent présenter un certain degré d'« abêtissement », celui-ci n'est qu'un symptôme secondaire, en grande partie lié aux conditions asilaires, au manque de stimulation et à l'oisiveté monotone qui est le lot de la plupart des internés. Eugen Bleuler oppose des symptômes primaires et des symptômes secondaires.

### ***Les symptômes primaires***

Ce sont :

- ✓ le *relâchement des associations*, qui perturbe les cours des idées, qui entraîne la pensée « dans des travers inaccoutumés », voire qui interrompt ce cours en brisant la cohérence de la personne ;
- ✓ la *dissociation* entre les émotions, les idées, le comportement, laissant ainsi cohabiter sans contradiction apparente des émotions opposées, l'amour et la haine, ce qu'Eugen Bleuler appelle l'« ambivalence ».

Eugen Bleuler pense que ces symptômes ont le plus souvent une origine organique inconnue. Il admet toutefois que ce relâchement et cette dissociation puissent avoir parfois des causes psychologiques.

### *Les symptômes secondaires*

Les symptômes secondaires traduisent au contraire une réaction psychologique du sujet qui cherche, comme il peut, à rétablir sa cohérence et à s'adapter à ses difficultés ainsi qu'à son environnement, en se servant de ses ressources personnelles et en utilisant ses « complexes » profonds, tout ce que son éducation et son histoire ont apporté à la formation de sa personnalité.

Pour essayer d'expliquer ce qui lui arrive, il peut ainsi construire un **délire**, généralement assez mal structuré. Le délire n'apparaît donc plus comme une simple erreur de raisonnement liée à un déficit de la fonction du jugement, ni comme une simple exacerbation d'une passion, mais bien comme une tentative de réparation, une

construction défensive (une idée reprise par Sigmund Freud).

Parmi les symptômes secondaires, une place essentielle doit être accordée à l'*autisme*, un mot créé par Eugen Bleuler à partir du grec *autos* (« soi-même »).

En proie à une pensée morcelée, le sujet trouve plus commode de s'isoler du monde et de se refermer sur lui-même. Son monde intérieur est moins difficile à maîtriser que le monde extérieur dans lequel le « relâchement des associations » ne permet plus de se reconnaître. Le schizophrène peuple son monde intérieur de fantaisies répondant à ses désirs. Il se coupe d'une réalité extérieure devenue incompréhensible ou menaçante dès lors qu'il n'a plus les moyens de la concevoir globalement et d'y faire face. La schizophrénie se caractérise donc par une **double scission** : scission à l'intérieur de la personnalité, scission entre la personnalité et l'environnement.



## Espèce d'autiste !

Le mot *autisme* est tellement employé aujourd'hui qu'on ne sait plus ce qu'il veut dire. Après qu'il a été créé par Eugen Bleuler pour nommer la tendance du schizophrène à se replier sur soi, il a été repris en 1943 par le pédopsychiatre américain d'origine allemande Leo Kanner pour désigner un « trouble inné

du contact affectif », différent de la schizophrénie, que Leo Kanner avait repéré chez un certain nombre de jeunes enfants. Depuis, les critères de cet « autisme infantile précoce » ont été très largement étendus à d'autres enfants présentant des difficultés de communication, avec ou sans retard mental. Aujourd'hui les limites du *spectre autistique* sont devenues très floues. En même temps, comme jadis le terme d'« idiot », celui d'*autisme* est entré dans le langage courant au point qu'on l'utilise aussi bien dans les cours d'école que pour caractériser le comportement de son patron ou d'un dirigeant politique.

### *Les conséquences thérapeutiques*

Contrairement aux descriptions et aux classifications précédentes, la démarche d'Eugen Bleuler a des conséquences thérapeutiques. Pour ne plus se limiter aux symptômes les plus apparents – le contenu du délire ou des hallucinations, la nature des troubles du comportement (refus de nourriture, bizarrerie du vêtement par exemple) –, pour essayer de découvrir derrière ces symptômes un fond unificateur et explicatif, le psychiatre doit entretenir avec son patient un **dialogue approfondi**. Pour mettre en évidence la dissociation, il doit écouter avec soin le discours spontané du sujet qu'il a en face de lui et tenter de percevoir le ressenti profond qui accompagne ce discours, ainsi que les motivations qui sous-tendent la construction défensive des symptômes secondaires. Cet **accompagnement empathique** a, en lui-même, un effet thérapeutique que n'avait

pas l'attitude objectivante et scientifique d'Emil Kraepelin. Se sentant écouté (et pas seulement observé), se sentant compris, le malade s'améliore. Eugen Bleuler récuse donc le pessimisme d'Emil Kraepelin et note que ses schizophrènes peuvent avoir des **rémissions** et même retrouver une vie presque normale lorsqu'on s'intéresse à eux, en leur proposant en outre un travail, des loisirs ainsi que des rapports de confiance avec le personnel soignant.



## Soyez empathique !

Encore un mot qu'on emploie à tort et à travers et qui finit par perdre son sens ! C'est un mot récent dans la langue française, emprunté à l'américain *empathy* forgé pour traduire le mot allemand *Einfühlung*, qui veut dire « sentir dans ». Dans son sens précis, l'empathie est un terme de psychologie qui désigne l'attitude consistant à essayer de percevoir les sentiments, les pensées et plus généralement les états mentaux ou le point de vue d'autrui sans cesser d'être soi-même et sans abandonner son propre point de vue. Sans oublier non plus que son point de vue sur celui d'autrui n'est encore qu'un point de vue. L'empathie donc, c'est compliqué ! Ce n'est ni la sympathie banale, ni la compassion (« sentir ou souffrir avec »), ni l'illusoire fusion affective (« sentir comme »). C'est un mode de connaissance, un sixième sens,

dont les chercheurs essaient aujourd'hui de trouver les bases neurologiques dans les réseaux neuronaux constitutifs de ce qu'on appelle le *cerveau social*.

### ***Action, réaction, interaction***

#### ***Eugène Minkowski : l'action du patient sur le médecin***

Les idées d'Eugen Bleuler ont été essentiellement introduites en France par son élève Eugène Minkowski. Essayant de pénétrer le monde de l'autisme, Eugène Minkowski a insisté sur les sentiments qui envahissent le psychiatre lorsqu'il s'approche de ce monde étrange. Il n'a pas cherché les critères de la schizophrénie dans le seul discours du patient tenu à distance de soi comme un objet, mais tout autant dans le ressenti du médecin en relation avec ce patient. La schizophrénie est devenue ainsi un trouble de l'**intersubjectivité** qui touche nécessairement les interlocuteurs du schizophrène. Dans l'optique psychopathologique, le médecin ne porte plus son regard sur le seul malade. Il se regarde lui-même penser, agir et sentir, et questionne l'action du malade sur lui autant que l'action qu'il a sur le malade.

#### ***Adolf Meyer et la réaction***

Au même moment aux États-Unis, un Suisse émigré, Adolf Meyer, ancien condisciple d'Eugen Bleuler à Zürich, a révolutionné la psychiatrie nord-américaine avec la notion de *réaction*. Très critique vis-à-vis de la nosographie d'Emil

Kraepelin qu'il qualifie de « charlatanisme », il tient chaque trouble mental pour une réaction construite par le sujet devant ses conditions biologiques, sociales ou psychologiques. Le symptôme n'est plus l'expression d'un état pathologique figé que le malade ne ferait que subir passivement, comme l'effet direct d'une lésion ou d'un dysfonctionnement. Il s'inscrit de manière dynamique dans un **processus** vivant, actif, une construction complexe où se mêlent les déficits pathologiques et les réactions du patient pour compenser, équilibrer ou minimiser ces déficits en se défendant contre eux. L'environnement peut infléchir ces défenses dans un sens positif ou négatif. Cette introduction de la **participation** du malade et de son entourage à sa pathologie change le pronostic et réintroduit des possibilités de changement.

### *Harry Stack Sullivan et l'interaction*

Inspiré par Adolf Meyer, mais aussi par la psychanalyse, par la psychologie sociale et par les recherches des ethnologues, un psychiatre américain, Harry Stack Sullivan, développe peu après le concept d'*interpersonnalisme*. Il estime, comme Eugène Minkowski, que le trouble schizophrénique se développe toujours dans une relation interpersonnelle et met en scène plusieurs acteurs. Par ses bizarreries, le futur schizophrène déclenche chez l'interlocuteur un malaise qui, à son tour, retentit sur lui et aggrave ses bizarreries.

Les travaux de Harry Stack Sullivan confèrent donc une large place à l'interaction entre le patient et ceux qui l'entourent. Le trouble psychiatrique ne peut plus s'envisager comme affectant un

individu isolé. C'est une histoire à plusieurs personnages, un **processus social** où chacun tient son rôle.



## Une expérience révolutionnaire

À la fin des années vingt, Harry Stack Sullivan obtient de la direction d'un petit hôpital psychiatrique du Maryland la possibilité de tenter une expérience. Il s'enferme dans un pavillon confortable avec une douzaine de schizophrènes. Il choisit six infirmiers, en tenant compte moins de leurs diplômes que de leurs qualités humaines et de leur expérience personnelle de la souffrance psychique. À tour de rôle, au moins deux infirmiers sont présents en permanence dans l'unité et ont pour mission de dialoguer avec les malades et d'essayer de comprendre ce que les malades ressentent, à travers les diverses activités de la vie quotidienne conçues pour multiplier les contacts. Le soir, les infirmiers rencontrent le médecin et lui font part de ce qu'ils ont observé et surtout ressenti personnellement dans leurs interactions avec les patients. Cette expérience tentée à une époque où n'existait aucun médicament actif aura des résultats très positifs et inspirera le travail ultérieur d'Harry Stack Sullivan à la clinique de Chestnut Lodge près de Washington.

## *Les théories*

### *Un point général sur la place de la théorie en psychiatrie*

#### *Décoller son nez du guidon*

La démarche psychopathologique va au-delà du symptôme superficiel et évident. Elle cherche à déceler le mécanisme caché, commun à un certain nombre de symptômes et qui produit ces symptômes. Elle a pour cela besoin d'un ensemble d'hypothèses sur le fonctionnement mental en général et sur la relation intersubjective en particulier. Elle ne peut pas se passer d'une théorie. Pour voir ce qui est caché, il faut faire un pas en arrière, se détacher de la réalité immédiate, prendre du recul : c'est le sens étymologique du mot *théorie* qui, en grec, veut dire « **voir de loin** ».

#### *On a toujours besoin d'une théorie chez soi*

Quand je rencontre quelqu'un pour la première fois et que je veux faire connaissance, aller plus loin qu'une perception de la couleur de ses yeux, de la teinte de ses cheveux ou de la forme de son nez, je suis obligé de me mettre à une certaine distance, de lui parler et de l'écouter. Selon l'idée que je me fais de ce qui est important pour connaître quelqu'un, selon aussi le contexte dans lequel je me trouve, selon le type d'action dans laquelle je souhaite ou ne souhaite pas m'engager avec ce quelqu'un, je vais orienter la conversation (et mes réflexions) vers son métier, vers son origine sociale ou géographique, vers ses goûts

culturels ou gastronomiques. Je vais faire à partir de là un certain nombre d'hypothèses sur ce qu'il pense, sur ce que signifie sa manière de parler ou d'agir et de réagir à mes propos. Ces hypothèses me permettront de comprendre ce qu'il me dit, de saisir la motivation de ses actes. On ne fait pas connaissance de la même manière avec un compagnon de voyage, une rencontre de restaurant, un collègue de travail ou une personne qu'on veut séduire. On fait chaque fois un **choix préalable**, on se réfère au sens large à une théorie de la relation qu'on va établir.

### *Le psychiatre et ses théories*

Quand le psychiatre rencontre un patient, il utilise, comme tout le monde, cette première théorie naïve. Ses objectifs professionnels – alléger une souffrance, réduire un état pathologique – l'amènent de plus nécessairement à se faire un certain nombre d'idées sur ce que cette rencontre peut apporter pour la réalisation de ces objectifs. Ces idées donnent à cette rencontre une coloration particulière. Elles conduisent à sélectionner un certain nombre de données dans l'expérience de la rencontre. Le problème est qu'il n'y a pas qu'une théorie psychiatrique et que les psychiatres sont souvent en désaccord sur leurs théories, en fonction de leur formation ou de leur personnalité. Dans l'histoire, la psychopathologie s'est référée à plusieurs théories qui toutes ont participé à son développement : la phénoménologie, la psychanalyse, la psychologie sociale, les emprunts à une neurologie dite globaliste. Aujourd'hui l'héritage de ces théories est d'ailleurs souvent mêlé dans une sorte de mayonnaise théorique commune à un grand nombre de psychiatres,

même chez ceux qui s'affirment serviteurs d'un dogme unique.

## ***La phénoménologie***

### ***Edmund Husserl***

La phénoménologie n'est pas à proprement parler une théorie, c'est plus une **attitude** dont l'un des plus célèbres promoteurs est le philosophe allemand Edmund Husserl (1859-1938). Edmund Husserl ambitionnait de donner à la philosophie le statut d'une science des sciences qui unifierait toutes les théories philosophiques (elles sont nombreuses !). S'interrogeant de manière radicale sur ce qu'est l'objet de la connaissance, il voulait, dans un premier mouvement, se débarrasser de tout savoir antérieur pour entrer directement en contact avec les choses elles-mêmes, telles qu'elles apparaissent à la conscience avant toute réflexion sur elles. Lorsque cette chose était un autre humain, un *alter ego*, il privilégiait une imprégnation par le vécu de l'autre, dans son altérité, comme quelqu'un en même temps différent de moi et semblable à moi. Cette prise en compte de l'autre, non comme un objet inanimé posé devant moi, mais comme un corps vécu dans toute son épaisseur de sujet vivant, sentant, voulant (un corps comme le mien), ouvrait sur une ***intersubjectivité*** primaire où celui qui prétendait connaître l'autre et dire quelque chose sur lui devait nécessairement s'engager dans la reconnaissance d'une mutuelle appartenance à la condition humaine commune. Une attitude à mille lieux de l'objectivité soi-disant scientifique qui efface le côté vivant de l'autre, ramené à sa seule corporéité physique, éliminant tout ce qui fait son originalité foncière de sujet d'une existence.

Edmund Husserl ne s'est intéressé que de façon marginale à la psychiatrie. Cependant ses travaux en particulier et la phénoménologie en général ont inspiré de nombreux psychiatres. Eugen Bleuler, Adolf Meyer et surtout Eugène Minkowski étaient d'orientation phénoménologique.

On rappellera deux autres auteurs importants.

### *Karl Jaspers*

Karl Jaspers (1883-1969) était à la fois un psychiatre et un philosophe. Professeur à Heidelberg, il a été privé de sa chaire par les nazis car il était marié à une Juive. Déçu par les limites de la dénazification, il a quitté l'Allemagne en 1948 et renoncé à sa nationalité pour finir sa vie à Bâle. Très opposé à la nosographie kraepelinienne, il a distingué deux dimensions dans l'attitude du psychiatre :

- ✓ l'**attitude explicative**, qui cherche à rendre compte des **causes** d'un phénomène pathologique, par exemple une dépression liée à un deuil ;
- ✓ l'**attitude compréhensive**, qui cherche à percevoir la manière qu'a un sujet particulier de **vivre** un état donné, en dehors de toute explication causale. Elle est seule thérapeutique.

Karl Jaspers a également distingué dans un état pathologique :

- ✓ le **processus** : un phénomène étranger à la personne du malade et qui fait irruption dans sa vie ;

✓ le **développement** : un phénomène qui s'inscrit en continuité de l'histoire du sujet. Un délire paranoïaque peut ainsi apparaître comme le développement d'une personnalité prédisposée ou comme en rupture complète avec la manière d'être antérieure.

### *Ludwig Binswanger*

Ludwig Binswanger (1881-1966), un Suisse, a été l'élève d'Eugen Bleuler et l'ami de Sigmund Freud, dont il était loin de partager toutes les idées. Il a surtout insisté sur la nécessité d'établir avec le patient une relation de **compréhension** (ce qu'il appelait l'« être avec », en allemand *Mitsein*), en cherchant à dépasser la scission objectivante entre l'observateur et l'observé, pour rétablir entre soignant et soigné une sorte de complicité. Il est à l'origine d'une méthode thérapeutique fondée sur une réciprocité de la rencontre qu'il a nommée *Daseinsanalyse*, qu'on traduit par « **analyse existentielle** ».

### *La psychanalyse*

Il est difficile en quelques lignes de résumer un ensemble de théories aussi complexes et aussi importantes que la psychanalyse, un domaine qui reste encore en évolution et connaît, tous les jours, de nouveaux développements. On se limitera à l'essentiel, renvoyant pour le reste à l'excellent *La Psychanalyse pour les Nuls*. (Un petit coup de pub ne fait pas de mal !)

La psychanalyse a été inventée au début du XX<sup>e</sup> siècle par un neurologue viennois, Sigmund Freud (1856-1939), confronté à son retour de Paris, où il avait suivi l'enseignement de Jean-Martin

Charcot, à la problématique des patient(e) s hystériques. Sigmund Freud a commencé, comme le faisait Jean-Martin Charcot, par pratiquer l'hypnose, d'abord pour suggérer à ses clients l'abandon de leurs symptômes puis, influencé par un de ses collègues neurologues, Josef Breuer, pour retrouver le souvenir d'un traumatisme auquel il pouvait rattacher l'origine de ces symptômes.



## Le cas Dora

Dora était une jeune fille de la bourgeoisie viennoise venue consulter Sigmund Freud sur les instances de son père. Elle souffrait d'une « toux nerveuse », d'anxiété, de troubles respiratoires et parfois d'une aphonie. Elle avait beaucoup inquiété ses parents en manifestant des idées suicidaires et par ses « évanouissements ». Ses troubles apparurent liés à un noyau relationnel complexe. Dora avait beaucoup d'affection pour une Madame K. qui était sa confidente. Elle s'aperçut que son père, pas très heureux en ménage, semblait attiré par Madame K. (qui était peut-être sa maîtresse ?). En même temps, Monsieur K. poursuivait l'adolescente de ses assiduités et chercha un jour à l'embrasser en se serrant contre elle. Les crises d'étouffement dont souffrait Dora reproduisaient ce qu'elle avait vécu, à la fois avec peur et excitation, lors de cet assaut sexuel. Au

cours de son analyse – interrompue au bout de trois mois par Dora qui revivait peut-être, dans l'intérêt que lui portait Sigmund Freud, quelque chose de la tentative de séduction dont elle avait été victime –, Dora rapporta trois rêves. C'est sur l'analyse de ces rêves que Freud insiste dans ce fragment de cure destiné à montrer que le rêve et les associations que son récit entraîne chez le rêveur en analyse sont la « voie royale » pour découvrir les désirs refoulés dans l'inconscient et donc permettre la cure des symptômes entretenus par ces désirs en quête de réalisation.

Peu à peu il s'est détaché à la fois de l'hypnose et de la théorie du traumatisme pour laisser une place de plus en plus grande aux **fantasmes**, c'est-à-dire aux productions imaginaires du sujet quand il rêve, éveillé ou dans son sommeil, à lui-même et aux autres. Il en est arrivé à penser que cette activité fantasmatique était à l'origine d'une deuxième réalité, qui se superposait à la réalité quotidienne. C'est cette réalité fantasmatique, imaginaire, que Sigmund Freud a appelée la « **réalité psychique** », la seule réalité à être l'objet de la psychanalyse. Les vulgarisateurs ou les critiques de la psychanalyse ont trop tendance à oublier ce point fondamental et restent souvent fixés à la première théorie freudienne du traumatisme. Ils donnent l'impression que le psychanalyste cherche, dans la réalité historique, ce qui est arrivé objectivement à l'enfant pour découvrir l'origine des difficultés de l'adulte. Or un psychanalyste rigoureux limite ses interprétations à la reconstruction de la réalité que l'enfant d'autrefois a pu imaginer, à travers ce

qu'en dit l'adulte d'aujourd'hui, en fonction de toute son histoire ultérieure.

La psychanalyse est à la fois une méthode thérapeutique, une recherche sur le fonctionnement mental et un ensemble de théories issues de cette recherche.

### *La méthode thérapeutique*

La psychanalyse, comme méthode thérapeutique telle que Sigmund Freud l'a mise au point, s'adresse essentiellement aux patients névrosés adultes. Elle repose sur un **dispositif précis** : le fameux divan sur lequel est invité à s'allonger l'*analysant* – c'est le mot qui a remplacé *patient*, même s'il vaut mieux rester patient dans une analyse, car ça prend du temps ! L'analyste est assis dans un fauteuil dérobé à la vue de l'analysant à qui il demande d'« **associer librement** », c'est-à-dire d'exprimer le plus spontanément possible ce qui lui passe par la tête. En dehors des séances (six par semaine du temps de Sigmund Freud, trois ou quatre aujourd'hui, en règle générale), l'analyste et l'analysant n'ont aucun contact personnel. L'analyste écoute ce qu'apporte l'analysant avec une « **attention flottante** », c'est-à-dire sans privilégier des éléments dans les paroles de l'analysant. Peu à peu se dessinent des récits qui permettent de faire des liens entre tel ou tel événement raconté par l'analysant, telle ou telle pensée, tel ou tel mot prononcé. L'analyste propose des « interprétations » pour mettre ces liens en évidence et donner un sens nouveau à ces événements, pensées ou paroles. Les interprétations de l'analyste n'ont de valeur que

dans la mesure où elles éclairent une relation particulière à la situation analytique : le « **transfert** », c'est-à-dire la reviviscence vis-à-vis de l'analyste de sentiments éprouvés autrefois envers une personne significative de l'entourage de l'analysant, généralement les parents. Le cadre analytique, le fait de se laisser aller à parler librement, étendu devant une personne qu'on ne voit pas et ne connaît pas, induisent en effet une régression vers des situations infantiles plus ou moins oubliées.

### ***La recherche***

Sigmund Freud a découvert que ses clients lui rapportaient souvent des rêves. S'appliquant à lui-même sa propre méthode, il a également analysé ses rêves. Ses recherches l'ont conduit à considérer que les scènes du rêve dissimulaient la réalisation d'un désir inconscient généralement en rapport avec des fantasmes datant de l'enfance. Elles l'ont amené aussi à voir dans les lapsus, dans les actes manqués et dans les mots d'esprit d'autres révélateurs des désirs inconscients. Par la suite, Sigmund Freud a étendu le domaine de la recherche psychanalytique aux mythes, aux œuvres d'art et plus généralement à l'étude de la culture, en donnant aux productions culturelles une valeur symbolique, celle de représenter sous une forme masquée autre chose que ce qui est évident. On appelle *herméneutique* la démarche qui consiste à dévoiler ce secret du symbole.

## **Les psychothérapies psychanalytiques**

Depuis Sigmund Freud, il y a eu des changements. Les exigences de la psychanalyse en temps (et aussi en argent, lorsqu'elle est pratiquée dans un cadre privé) ont amené les analystes à proposer des psychothérapies avec un moins grand nombre de séances. De plus, l'extension des connaissances psychanalytiques les a conduits à offrir une aide thérapeutique à des pathologies différant par l'âge (enfants ou adolescents) ou par la sévérité (sujets psychotiques). On est alors passé de la situation divan-fauteuil à un face-à-face plus rassurant. D'autres méthodes d'inspiration psychanalytique ont vu le jour, comme le psychodrame ou les psychothérapies de groupe. Ce qui réunit ces méthodes, c'est une attitude fondée sur une hypothèse fondamentale : l'existence d'un sens latent derrière ce qui est dit ou agi par la personne de manière manifeste. Le souci d'aider le sujet à ramener à la conscience ce sens caché caractérise toutes les psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Toutes utilisent, plus ou moins, le phénomène de transfert, dont Sigmund Freud a dit qu'il représentait dans l'analyse l'héritage de la suggestion hypnotique.

### *Les théories*

Elles reposent sur une conception du psychisme comme un appareil fonctionnant simultanément à divers niveaux :

▣ **conscient** ;

- ✓ **préconscient** ;
- ✓ **inconscient**.

Cet appareil se compose de plusieurs provinces :

- ✓ Le **Moi** est la partie de la personnalité qui entre en contact avec la réalité extérieure.
- ✓ Le **Surmoi** est l'incarnation des obligations que le sujet s'impose, au nom d'un **Idéal du Moi**, d'un modèle d'existence.
- ✓ Le **Ça** est le réservoir des pulsions.

Le modèle hypothétique de Sigmund Freud postule en effet que l'appareil psychique est chargé par une énergie qui tend à se décharger : les **pulsions**. La principale est la *libido*, une recherche de plaisir active dès la naissance. Au cours du développement, elle utilise pour obtenir satisfaction des zones du corps sur lesquelles elle se fixe par quantités plus ou moins importantes que Sigmund Freud appelle « investissements ». Ces investissements successifs lui ont permis de décrire des **stades** de ce qu'il appelle au sens large la *sexualité*.

- ✓ Le **stade oral** est centré autour du plaisir procuré par la bouche et l'appareil digestif.
- ✓ Le **stade anal** est centré sur le plaisir de la rétention, de l'excrétion et la maîtrise musculaire.
- ✓ Le **stade génital** définit la sexualité au sens étroit du terme.

Des fixations aux stades les plus archaïques ou une régression vers ces stades peuvent permettre de comprendre certaines formes pathologiques, psychoses, névroses ou perversions.



## **Enrichissez votre vocabulaire**

L'herméneutique est la science de l'interprétation. Elle peut s'appliquer aux textes religieux, aux textes littéraires, aux textes juridiques. Le philosophe Paul Ricœur a distingué deux types d'herméneutique.

Il qualifie la première d'« herméneutique du soupçon » dans laquelle il classe la psychanalyse. L'interprétation psychanalytique cherche en effet à décomposer le symbole. Elle soupçonne que le sujet a recours au symbole pour masquer une vérité dérangeante qu'il ne veut pas s'avouer. Ainsi plutôt que de manifester un désir sexuel gênant en société, il se saisira d'un objet à forme phallique pour symboliser son désir ! Les psychanalystes ont parfois abusé de ce genre d'interprétations, au point que Sigmund Freud, fumeur invétéré, aurait cru nécessaire de rappeler qu'un cigare pouvait n'être qu'un cigare.

Il existe selon Paul Ricœur une deuxième forme d'herméneutique qui ajoute au symbole, qui fait du symbole plus que ce qu'il est et ouvre sur une dimension poétique ou spirituelle. Il donne comme exemples les symboles religieux, comme celui de la communion. Quand Charles Baudelaire se promène « à travers des forêts de

symboles qui l'observent avec des regards familiers », ce n'est certainement pas pour enlever l'écorce de leurs arbres et voir ce qui se cache derrière, c'est plus pour trouver de nouvelles figures et des métaphores de plus en plus riches.

### ***Le complexe d'Œdipe***

Au centre du développement de la personne, Sigmund Freud place une crise où l'enfant se sent attiré par le désir de posséder pour lui seul le parent du sexe opposé au sien et entre, de ce fait, en rivalité avec le parent du même sexe dont il redoute la vengeance sous la forme d'un retrait d'amour et d'une attaque contre sa sexualité. C'est le fameux complexe d'Œdipe qui se résout par l'angoisse de castration.

### ***Le conflit intrapsychique***

À la recherche de plaisir s'opposent d'une part les contraintes sociales et éducatives, d'autre part selon Sigmund Freud une pulsion de mort antagoniste du désir de vie, dont il a fait l'hypothèse en réfléchissant notamment aux conduites destructives telles qu'elles se manifestent dans les guerres. La notion de *conflit intrapsychique* est une notion essentielle dans la psychanalyse. Elle amène à voir dans les symptômes psychiatriques des formations de compromis, une manière pour le désir inconscient refoulé par ces contraintes de chercher à se réaliser en déjouant les forces contraires.

### ***La psychanalyse et la psychiatrie***

La psychanalyse freudienne a longtemps suscité la méfiance des psychiatres qui lui reprochaient son *pansexualisme*, c'est-à-dire le privilège qu'elle accordait à la sexualité pour expliquer le fonctionnement psychique normal aussi bien qu'anormal. Après ces réticences, la majorité des psychiatres occidentaux s'est ensuite massivement convertie à l'approche freudienne et a cru tenir dans la psychanalyse sa science fondamentale. Certains élèves de Sigmund Freud ont alors affiné et complété ses théories pour les rendre plus compatibles avec la clinique psychiatrique courante et avec les connaissances nouvelles apportées par l'observation des enfants, ainsi que pour préciser des points d'ombre, notamment sur la psychologie féminine dont Sigmund Freud avait une vision souvent considérée comme réductrice. On aura l'occasion d'en reparler, même si aujourd'hui la psychanalyse ne tient plus en psychiatrie le haut du pavé et doit se défaire de ce qui fut quelquefois vécu comme une suprématie arrogante.

## ***La psychologie sociale***

### ***La relation médecin-malade***

Qu'elle enfonce ses racines dans la phénoménologie ou dans la psychanalyse, souvent en même temps dans les deux, la psychiatrie psychopathologique a mis dès son origine la relation médecin-malade au centre de sa réflexion. Elle a vu dans cette relation à la fois un instrument thérapeutique essentiel et une sorte d'expérience de laboratoire où la pathologie pouvait s'exprimer au fort grossissement. La manière dont le malade entrait en relation avec son médecin ou avec les autres soignants illustre

typiquement sa manière d'entrer en contact avec autrui et donc sa pathologie. Il s'ensuivit un intérêt pour ce qui de cette pathologie pouvait s'expliquer non seulement par ce qui se passait dans l'intériorité du malade, mais aussi par l'échange entre le malade et les autres.

### ***Le rôle et le statut***

La psychologie sociale est cette branche du savoir qui a pour objet l'influence des autres sur ma manière d'être, de sentir, de penser ou d'agir et, réciproquement, l'influence que j'exerce sur autrui. Les notions de *statut* (ce que je représente pour autrui) et de *rôle* (ce que je donne à voir de moi dans ma présentation à autrui) sont des notions centrales de la psychologie sociale. Toute une partie de la psychopathologie a pu ainsi être étudiée en termes de prise ou de jeu de rôle en fonction des attentes des autres, dans des groupes restreints : la famille, l'école, le milieu de travail, l'institution soignante.

### ***La dynamique des groupes***

La dynamique de ces groupes restreints, particulièrement étudiée aux États-Unis par le psychologue Kurt Lewin, peut accentuer ou au contraire soulager la souffrance psychique d'un individu fragile et en conséquence majorer les symptômes psychiatriques. D'où une série d'interventions thérapeutiques ayant pour objectif de favoriser les dynamiques positives et de désarmer les dynamiques négatives. Les expérimentations hospitalières d'Harry Stack Sullivan et sa psychiatrie interpersonnelle doivent

beaucoup à la psychologie sociale. On peut en rapprocher la notion de *réaction* chez Adolf Meyer ainsi que les théorisations d'Eugène Minkowski sur la schizophrénie. Elles ont donné naissance à un intérêt pour la **dynamique familiale** entourant la maladie mentale. On en reparlera.

### ***La neurologie globaliste***

#### ***Une nouvelle conception du système nerveux***

Bien que centrée sur ce qui se passe dans l'esprit, la psychiatrie psychopathologique n'a pu rester insensible au développement parallèle de la neurologie, à laquelle elle a emprunté ses conceptions globalistes. On a vu le rôle de John Hughlings Jackson dans le développement de ces conceptions. Un certain nombre d'auteurs, l'Anglais Charles Scott Sherrington, le Français Raoul Mourgue, le Suisse Constantin von Monakov, l'Allemand Kurt Goldstein, ont insisté sur la structuration coordonnée de l'ensemble du système nerveux. Une lésion en un point a une influence à distance et l'effet de cette lésion doit être conçu comme une réponse globale de l'organisme où se conjuguent les effets déficitaires lésionnels et les réorganisations compensatrices.

#### ***Dépasser l'opposition corps-esprit***

Le psychiatre Henri Ey tentera, à partir de ces données, d'élaborer un **organodynamisme** où le symptôme psychiatrique représente à la fois une dissolution plus ou moins marquée de la conscience, la libération d'un fonctionnement plus

archaïque et une tentative de reconstruction d'un monde vivable. Tenant la dissolution de la conscience pour un phénomène organique (comme le faisait Eugen Bleuler avec sa dissociation) et la libération des fonctionnements profonds ainsi que la tentative de reconstruction pour des phénomènes psychologiques en lien avec l'histoire personnelle du sujet, il essaiera ainsi de dépasser l'antagonisme entre organogenèse et psychogenèse.

## Chapitre 4

# Agir sur les corps

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Connaître différents traitements physiques testés sur les patients
  - ▶ Mesurer les dangers et les implications de ces traitements
  - ▶ S'interroger sur ce qui en reste
- 

*Pour mieux agir sur le mental, les psychopathologues avaient voulu comprendre ce qui se passait dans la tête du malade. Cela prenait du temps et semblait décalé par rapport au reste de la médecine. Le médecin traditionnellement est quelqu'un qui prescrit un médicament. Jusque-là les drogues utilisées se limitaient à l'opium, à un hypnotique, l'hydrate de chloral, et aux dérivés de l'acide barbiturique. Elles n'avaient qu'un effet calmant, souvent modéré. On les utilisait parfois de manière intensive pour plonger le malade dans un sommeil qu'on voulait réparateur : la *cure de sommeil*, qui eut beaucoup de succès, surtout dans les cliniques privées. Certains pratiquaient la *clinothérapie*, la mise au lit, l'interdiction ou la limitation des actions physiques ou intellectuelles.*

Cette inaction ne pouvait longtemps satisfaire. En quête d'une efficacité plus rapide, remettant à plus

tard l'effort de compréhension, des médecins activistes, utilisant des connotations empiriques ou des hypothèses sans grande portée théorique, se concentrèrent sur le physique... pas toujours avec bonheur, parfois avec des résultats catastrophiques.



## **Virginia Woolf et l'interdit de penser**

Travailler du chapeau est mauvais pour la santé. Tout le monde le sait. Virginia Woolf a été l'un des plus grands écrivains du XX<sup>e</sup> siècle. Elle souffrait malheureusement d'une maladie mentale qui survenait par crises. Tantôt excitée, tantôt déprimée, elle perdait parfois le contact avec la réalité, était très angoissée et semble avoir eu des hallucinations. Curieusement, malgré un frère et une belle-sœur psychanalystes et de nombreux amis dans ce milieu, bien qu'ayant avec son mari édité une traduction des œuvres de Sigmund Freud dans la maison d'édition que le couple dirigeait, bien qu'ayant rencontré Sigmund Freud lui-même après son exil à Londres (il lui offrit, dit-on, un narcissisme de son jardin, était-ce une interprétation ?), elle n'a jamais tenté de traitement analytique. Elle était pourtant très mécontente de ses médecins qui se contentaient de lui prescrire l'alitement, le repos complet, la suralimentation et

surtout, à sa grande tristesse, lui interdisaient de lire et de travailler. Elle a fini par se jeter à l'eau en 1942, ne voulant pas imposer à son mari une nouvelle rechute et redoutant l'invasion de l'Angleterre par les nazis, ce qui, à cette époque, n'était pas délirant.

## *Les thérapies de choc*

### *La fièvre pour chasser le mal*

À Vienne, dans les années 1900, il n'y avait pas que Sigmund Freud. Julius Wagner von Jauregg était son presque exact contemporain (1857-1940). Les deux hommes se sont connus à l'université et ont eu des relations plutôt amicales, bien que Julius Wagner-Jauregg (il a renoncé à la particule à la chute de l'Empire austro-hongrois) n'ait jamais beaucoup apprécié la psychanalyse. Il fut titulaire de la chaire de psychiatrie à l'université, alors que Sigmund Freud ne put obtenir que le titre de *professeur extraordinaire*, de chargé de cours annexe, hors du programme ordinaire.

Julius Wagner-Jauregg avait remarqué que les patients atteints de paralysie générale, une maladie psychiatrique d'origine syphilitique alors fréquente, s'amélioraient quand ils avaient de la fièvre. Après avoir expérimenté diverses manières de causer de la fièvre à titre thérapeutique, il choisit d'inoculer le paludisme car l'infection pouvait être contrôlée par la quinine. Ce traitement, la **malariathérapie**, eut un certain succès dans cette pathologie, mais se révéla

inefficace sur les autres maladies mentales. Il valut à son auteur le premier prix Nobel de médecine attribué à un psychiatre.



Les thérapies biologiques, malgré leur champ limité et leur mode d'action inconnu, ont plus de prestige aux yeux des scientifiques que les découvertes des psychopathologues, qui ont pourtant plus de rationalité et ont eu à long terme un effet beaucoup plus considérable sur le sort des malades mentaux !

La malariathérapie a été abandonnée avec la disparition de la paralysie générale, grâce au dépistage et au traitement précoce de la syphilis par les antibiotiques. Les autres formes de thérapies par la fièvre, tentées depuis, ont été des échecs et ont également disparu.

### ***Le torpillage***

L'**électrothérapie** (la pratique de stimulations électriques modérées pour déclencher des contractions musculaires sur des membres paralysés) était connue depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle. Joseph Babinski l'utilisait sous le nom de *torpillage*, afin d'armer sa « contre-suggestion » dans les cas de paralysie hystérique. Elle a connu des dérives pendant la Grande Guerre, où elle est devenue une façon énergique d'amener les névrosés de guerre à préférer le retour au combat à un « traitement » douloureux. Repris par les thérapeutes comportementalistes et appliqué aux délinquants, le conditionnement par la douleur a été dénoncé par le film *Orange mécanique*.



## La boîte noire

Le **comportementalisme** est un ensemble de méthodes de régulation du comportement qui repose sur une théorie élaborée au début du XX<sup>e</sup> siècle par un psychologue américain, John Broadus Watson, inspiré par les expériences du russe Ivan Pavlov sur les réflexes conditionnés. John Broadus Watson a commencé, comme Ivan Pavlov, par travailler sur l'animal avant d'étendre ses conceptions à l'être humain. Il considérait que tout ce que nous pouvons dire sur ce qui se passe dans la tête d'un être humain n'a aucun caractère scientifique. Ce sont soit des données de l'introspection – on sait son caractère fragile –, soit des attributions à autrui de sa manière de sentir ou de penser. Le psychisme était pour lui une « boîte noire » inconnaissable scientifiquement. On ne pouvait que mesurer ce qui y entrait – les *stimuli* – et ce qui en sortait – les réponses –, puis étudier les cycles *stimulus*-réponse. Les successeurs de John Broadus Watson dérivèrent de ses expériences des techniques thérapeutiques de **renforcement** des comportements souhaités, par des récompenses, et d'**extinction** des comportements non souhaités, par des punitions. En tant que théorie, le comportementalisme a été abandonné par les scientifiques qui ont aujourd'hui des moyens de pénétrer la boîte noire et de savoir ce qui s'y passe. Les thérapeutiques comportementalistes, plus sophistiquées que du temps de John

Broadus Watson, par contre, se portent bien.

### *Un coma pour guérir*

En 1927, l'année même où Julius Wagner-Jauregg obtenait son prix Nobel, un autre Viennois, d'origine galicienne, Manfred Sakel, eut l'idée de plonger des schizophrènes dans le coma en leur injectant de l'**insuline** qui fait baisser le taux de sucre dans le sang et entraîne de ce fait un coma hypoglycémique. Il espérait ainsi créer un **choc salvateur**, comme avait pu le déclencher jadis la douche glacée ou l'immersion dans une baignoire d'eau froide. Le malade recevait ensuite du sérum glucosé. Ce *resucrage* qui le réveillait était pratiqué par des infirmiers dans une ambiance supposée établir une sorte de maternage réparateur. Ce traitement, qui avait certains résultats, peut-être plus par ses effets psychologiques que par son action physiologique, a été longtemps pratiqué, même après la découverte de médicaments plus actifs. Il est toutefois lui aussi abandonné aujourd'hui.

### *Secouer la tête pour changer les idées*

#### *Le cardiazol*

Il arrive que des idées fausses engendrent des applications heureuses. Cela doit rendre les théoriciens modestes. Ladislav von Meduna était un psychiatre hongrois des années trente qui s'intéressait à l'anatomie pathologique. Il crut reconnaître des différences significatives entre les cerveaux d'épileptiques et les cerveaux de schizophrènes, différences qu'il rapprocha d'une

constatation (erronée) : la rareté de l'**épilepsie** chez les schizophrènes. Il en déduisit que s'il parvenait à rendre les schizophrènes épileptiques, un mal chassant l'autre, il soignerait leur schizophrénie ! Il faut dire qu'il s'adressait à des patients catatoniques, dont le symptôme essentiel était de rester de longues heures immobiles et figés. Leur état ne pouvait que susciter l'envie de les remuer. Ladislav von Meduna leur injecta du cardiazol, un produit épileptogène. Après plusieurs crises d'épilepsie, les catatoniques allaient mieux. Il étendit alors avec succès sa technique à d'autres formes de pathologies psychiatriques, améliorant de façon significative l'arsenal thérapeutique des psychiatres qui, un peu partout, adoptèrent les chocs au cardiazol.

Ceux-ci avaient un inconvénient. La crise généralisée avec perte de connaissance ne suivait pas immédiatement l'injection. Elle était précédée par des sensations très pénibles et très angoissantes.

### ***L'électrochoc***

C'est alors que deux Italiens, Ugo Cerletti et Lucio Bini, perfectionnèrent la technique en remplaçant le cardiazol par le bref passage d'un courant électrique à basse intensité sur le cuir chevelu. La crise d'épilepsie et la perte de connaissance étaient alors immédiates. L'électrochoc était né. Praticué sans discernement, en public, parfois à titre punitif, entraînant dans certains cas des fractures quand les convulsions étaient trop fortes, responsable parfois d'arrêts respiratoires après la crise, il eut mauvaise presse, surtout lorsque d'autres

médications moins agressives purent prendre le relais. Là aussi un film, *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, contribua à sa fâcheuse réputation. Symbole d'une psychiatrie répressive, l'électrochoc a même été un temps interdit dans certains États américains. Aujourd'hui, pratiqué sous anesthésie générale, avec une assistance respiratoire et associé à un médicament qui empêche les contractions, il reste une thérapeutique efficace, non pas dans la schizophrénie pour laquelle il avait été primitivement conçu, mais dans certains états mélancoliques graves qui résistent aux médicaments antidépresseurs. C'est la seule thérapeutique de choc encore employée. On n'a guère avancé dans l'explication scientifique de ses effets.

## *La psychochirurgie*

### *Du singe à l'homme*

Longtemps le cortex préfrontal, la partie la plus antérieure du cerveau, est resté une *terra incognita*, lieu de tous les mystères et de toutes les projections imaginaires. En 1935 à Londres, deux neurophysiologistes américains présentèrent les résultats d'interventions chez le singe qui, en réalisant une **déconnection** de cette partie d'avec les structures centrales du cerveau, rendaient les animaux calmes et même indifférents. On raconte que dans la discussion qui suivit cette communication un neurologue portugais présent, Egas Moniz, demanda si l'on pouvait espérer des résultats analogues chez l'homme. Il n'aurait pas reçu de réponse claire à cette question. Rentré chez lui, il fit tenter néanmoins l'intervention par

un neurochirurgien, José Almeida Lima, et dans certains cas obtint la disparition d'idées obsédantes et de troubles du comportement.

### ***Le pic à glace « thérapeutique »***

Appelée *leucotomie* puis *lobotomie*, cette intervention, qui rappelait obscurément l'extraction médiévale de la pierre de la folie, connut une application à grande échelle, surtout lorsqu'un Américain, Walter Freeman, inventa un appareil, le *leucotome*, dérivé du pic à glace, qui permettait de la pratiquer à travers l'orbite, sans ouvrir le crâne, mais sans savoir très bien non plus quelle structure cérébrale on lésait. Le héros de *Vol au-dessus d'un nid de coucou* en subit les conséquences dramatiques en se retrouvant dans un état quasi végétatif. Ce n'était pas que du cinéma : on connaît le destin tragique d'une sœur du président Kennedy, Rosemary, devenue déficitaire mentale grave à la suite de cette opération indiquée, dit-on, pour la rendre moins fêtarde.

### ***Un prix Nobel pour 100 000 victimes***

Egas Moniz, qui avait aussi inventé une technique d'exploration des artères cérébrales, n'en reçut pas moins le prix Nobel, le deuxième – le dernier jusqu'à aujourd'hui – à avoir récompensé l'auteur d'une thérapeutique psychiatrique !

Depuis, la lobotomie, telle qu'elle a été pratiquée sur des dizaines de milliers de malades dans le monde, a été fort heureusement abandonnée et même souvent interdite.

## *La psychochirurgie a-t-elle un avenir ?*

Aujourd'hui, avec les progrès de la microneurochirurgie et des connaissances en matière d'anatomie et de physiologie du cerveau, la psychochirurgie (l'application de la neurochirurgie aux troubles mentaux) commence à renaître de ses cendres sous une forme plus précise, en particulier dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs majeurs et de certains troubles de l'humeur résistant à toutes les médications connues. Ce renouveau, encore très localisé et quasi expérimental, n'est pas sans poser des problèmes éthiques qui continuent à faire l'objet de discussions. Pour tourner les réticences, on propose de lui préférer une méthode réversible : la stimulation de certaines zones du cerveau par l'implantation de **microélectrodes** ou une modification temporaire et sans danger de la transmission de l'influx nerveux par un procédé nouveau, la **stimulation magnétique transcérébrale**. Il vaut mieux garder sa précieuse tête à l'abri des activistes !

## Chapitre 5

# Vers une révolution dans la psychiatrie ?

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Mesurer l'impact de la guerre sur la psychiatrie
  - ▶ Saisir l'importance de l'introduction de la psychothérapie en psychiatrie
  - ▶ Connaître les premiers médicaments introduits dans les protocoles de traitement psychiatrique
- 

## *Ce qui a précédé*

### *Un bilan largement négatif*

#### *Juste avant la guerre*

Au moment où la Seconde Guerre mondiale va éclater, le bilan de la psychiatrie est largement négatif. Les travaux des psychopathologues, même s'ils commencent à se diffuser, tardent à s'imposer. Ils ne concernent encore qu'un petit

nombre de chercheurs et un nombre réduit d'endroits. Les thérapies de choc n'ont pas tenu leurs promesses et ont été parfois déviées de leurs objectifs premiers pour faire régner dans les hôpitaux un ordre entretenu par la peur de l'électrochoc. La psychochirurgie s'est révélée désastreuse. Albert Londres, un journaliste rendu célèbre par sa lutte contre le bagne et contre les bataillons disciplinaires d'Afrique, avait écrit au milieu des années vingt *Chez les fous*, un document ravageur qui donne de l'asile d'aliénés l'image d'un camp de concentration avant la lettre, un lieu d'oppression, de répression, de contention et même de tortures, où les fous attachés étaient livrés sans défense, dans des conditions d'hygiène et d'alimentation voisines de l'animalité, à des gardiens brutaux et méprisants, sous la responsabilité de médecins très peu nombreux qui ne s'occupaient pas beaucoup d'eux et ne tenaient guère compte de leurs plaintes et de leurs revendications. Alors qu'Albert Londres réussira à faire fermer le bagne de Cayenne, son témoignage sur l'asile n'aura que peu d'effets. À la fin des années trente, rien n'a changé ou presque. Les asiles d'aliénés ont troqué leur dénomination pour celle d'*hôpitaux psychiatriques*, les gardiens sont devenus des *infirmiers*. S'il existe quelques fondations privées où persiste un certain degré de liberté, un unique service libre a ouvert ses portes dans les hôpitaux publics, à Sainte-Anne à Paris, à l'initiative d'un psychiatre d'avant-garde, Édouard Toulouse. Quelques consultations externes ont commencé à apparaître çà et là, avec quelques lits d'observation dans les hôpitaux généraux. La majorité des aliénistes devenus médecins d'hôpitaux psychiatriques restent cependant attachés à l'internement comme seule réponse à la folie. D'une manière plus générale, la société

semble se désintéresser du sort de sous-hommes tenus globalement pour des dégénérés incurables.

## Une autre image de la folie

Et si les fous étaient des artistes ? Au sortir de la Première Guerre mondiale, une poignée d'intellectuels, rassemblés dans un combat contre la culture dominante, a essayé de valoriser la poésie du délire et les images dérangeantes que véhiculent, quand on leur ôte la camisole, certains exclus. On a commencé à parler d'*art psychopathologique* ou d'*art brut* et à faire des rapprochements entre ces formes esthétiques et celles produites par d'autres cultures qui devenaient à la mode : l'art « nègre », le jazz. Cette esthétisation de la folie a été portée à son maximum par les surréalistes. Ils ont tenté par l'*écriture automatique* de déconstruire les formes habituelles du langage. À l'aide de l'alcool, de l'opium ou de substances hallucinogènes, ils ont voulu sortir des cadres étroits de la raison, explorer d'autres manières de sentir, de penser, de créer. Ils ont cru trouver dans les schizophrènes des camarades d'aventure. Les uns (Roland Desnos, Antonin Arthaud) ont écrit une déclaration de guerre aux médecins-chefs des asiles d'aliénés, responsables à leurs yeux d'ignorer la créativité de leurs pensionnaires et de vouloir briser les ailes à des génies. Le « pape du surréalisme », André Breton, n'a quant à

lui pas hésité à écrire que, s'il était interné à Sainte-Anne et retrouvait un instant la raison, il se ferait volontiers la peau du professeur en titre ! Derrière ces provocations se profile un changement d'attitude à l'égard de la déraison. Quelques psychiatres proches des surréalistes, Jacques Lacan, Lucien Bonnafé, entendront la leçon et auront par la suite une grande influence.

Un fossé s'est creusé entre une « médecine des fous » enfermés sans espérance dans l'enfer de Dante et une neuropsychiatrie pour « **petits mentaux** » (névrosés, dépressifs, souvent fortunés) qui fréquentent surtout les cabinets et les cliniques privés, où l'on pratique des thérapies par le bon sens et la suggestion, ainsi que des cures de sommeil associées parfois à une hydrothérapie modérée. Quelques psychanalystes commencent à pratiquer auprès d'une clientèle huppée et intellectuelle.



## L'hydrothérapie

L'eau, pas seulement dans les stations thermales, a toujours été considérée comme bienfaisante pour le corps et l'esprit. Elle purifie, lave les impuretés. Si on l'a employée avec les aliénés, glacée, en douche abondante, pour refroidir l'excitation, tonifier les nerfs ou aussi punir des comportements indésirables, elle a été utilisée, tiédie, pour ses effets relaxants et comme

remède à l'anxiété. Les bains thérapeutiques et, encore aujourd'hui, les enveloppements humides continuent à être utilisés, non sans déclencher parfois des protestations. On en reparlera, à propos de l'autisme infantile.

### *L'hécatombe des fous*

La guerre n'épargne guère les malades mentaux. L'Allemagne hitlérienne pense régler le problème par la stérilisation puis par l'euthanasie massive des scories de la « race des seigneurs ». En France, s'il n'y a jamais eu de politique active d'élimination, l'alimentation déjà insuffisante subit une restriction drastique. Le chauffage, l'hygiène sont de plus en plus défailnants. Autour de quarante mille malades mourront d'inanition et de diverses maladies intercurrentes, dont la tuberculose. On a parlé d'« **extermination douce** », d'« hécatombe des fous ».

### *Quelques lueurs d'espoir*

Cependant quelques psychiatres tentent l'impossible dans des hôpitaux de campagne. À Rodez, Gaston Ferdière, qui a accepté de recevoir le poète Antonin Artaud à demi-mort de faim alors qu'il était hospitalisé pour un épisode délirant à l'asile parisien de Ville-Évrard, s'évertue à trouver, au marché noir, dans les fermes environnantes, de quoi nourrir ses malades. Henri Ey fait de même à Bonneval, dans l'Eure-et-Loir.



## Antonin Artaud

Antonin Artaud avait été un enfant difficile depuis, disait sa famille, qu'il avait contracté une méningite. Un psychiatre consulté parla de *syphilis héréditaire* (c'était alors un diagnostic à la mode). Il fut soumis aux pénibles traitements antisyphilitiques d'alors, qui lui laissèrent des séquelles douloureuses. Il chercha l'apaisement dans la morphine et devint toxicomane. Ses troubles mentaux l'amènèrent à fréquenter nombre de psychiatres, dont certains devinrent ses amis, et à connaître plusieurs hospitalisations. Cela ne l'empêchait pas de poursuivre une œuvre considérable de poète, d'acteur et d'homme de théâtre, théoricien et praticien à la fois, particulièrement génial. Après avoir fréquenté les surréalistes, il rompit avec eux. Parti pour un voyage pathologique en Irlande, il revint complètement délirant, se croyant poursuivi par une secte, et dut être interné. D'hôpital en hôpital il parvint à Ville-Évrard, d'où son ami le poète Robert Desnos parvint à le faire transférer à Rodez. Remis sur pied par Gaston Ferdière, il devait ensuite lui reprocher de l'avoir soumis aux électrochocs, un traitement nouveau dont on espérait alors beaucoup. À sa sortie de l'hôpital, il alla finir ses jours comme pensionnaire libre dans une clinique parisienne. Il y écrivit son dernier livre, *Van Gogh le suicidé de la société*, où il accuse les psychiatres de détruire dans le génie ce qui sort de l'ordinaire et trouble

la société. Il est devenu de manière un peu fausse, aux yeux d'une *intelligentsia* antipsychiatrique, le symbole et le martyr de la répression psychiatrique.

À Saint-Alban en Lozère, une équipe de jeunes psychiatres – Paul Balvet, André Chaurand, auxquels se joindront Lucien Bonnafé et surtout un réfugié catalan, François Tosquelles – entreprend de réformer l'asile jusque dans ses fondements. L'équipe s'inspire d'Hermann Simon.

### *Hermann Simon : soigner l'institution*

L'asile était devenu un lieu où l'on ne se parlait plus, une institution elle-même malade fondée sur l'isolement et qui avait sécrété en écho l'isolement en son sein. Coagulée en groupes où régnait le silence – le groupe des gardiens, les différents groupes de gardés –, l'institution avait érigé de solides barrières.

En Allemagne juste avant le nazisme, un psychiatre qui avait exercé un temps à Sarreguemines quand la ville était encore allemande, Hermann Simon, avait considéré que pour traiter convenablement les malades il fallait d'abord leur proposer un **milieu adéquat**. Si la médecine était impuissante à s'attaquer à la cause profonde des maladies mentales, qu'Hermann Simon supposait organique, elle pouvait au moins contribuer à ne pas les aggraver et à restaurer l'équilibre des malades. L'inaction, la déresponsabilisation, l'humiliation des internés par la grossièreté des gardiens et des autres patients semblaient à Hermann Simon les vices

principaux d'une institution qu'il considérait comme globalement pathologique. C'est pourquoi il préconisait d'abord une **amélioration des rapports sociaux** sous le signe du respect mutuel, de la civilité et de la confiance. Il cherchait à redonner un sens de la responsabilité aux malades en leur montrant les conséquences de leurs actes, en s'appuyant comme jadis Philippe Pinel sur leur partie saine. Il conseillait enfin de lutter contre l'inactivité en prescrivant aux malades des travaux dosés selon leur état – ce qu'on a appelé plus tard l'*ergothérapie*. Cette thérapie du milieu et par le milieu rejoignait l'expérience contemporaine d'Harry Stack Sullivan aux États-Unis.

### *L'expérience de Saint-Alban*

Deux des psychiatres de Saint-Alban (Lucien Bonnafé et François Tosquelles) avaient une culture marxiste préalable.

## **Psychiatrie et politique**

L'expérience de Saint-Alban est inséparable de la Résistance. François Tosquelles était un rescapé de l'armée républicaine espagnole. Lucien Bonnafé s'est engagé dans le maquis. Plusieurs personnalités recherchées par les Allemands trouvèrent un refuge à l'hôpital psychiatrique, dont le poète Paul Éluard ou le philosophe Georges Canguilhem. La psychiatrie au cours de son existence a souvent eu partie liée

avec l'histoire. Ses progrès ont été contemporains de mouvements de libération sociale et politique (Philippe Pinel, sans être un extrémiste, a participé de l'esprit de la Révolution). Ses régressions, notamment sous le Second Empire, ont souvent correspondu à des régimes autoritaires.

Les deux autres (Paul Balvet et André Chaurand) étaient de tradition chrétienne et peut-être sensibles à la phrase de l'Évangile de saint Jean citée par Hermann Simon : « Toutes les choses ont été faites par la parole et rien de ce qui a été fait n'a été fait sans elle. » Sa formation psychanalytique ne pouvait qu'orienter François Tosquelles vers cette primauté accordée à la parole. Pour faire de l'asile un milieu thérapeutique, il fallait briser les routines asilaires, les règlements archaïques et restaurer la circulation de mots porteurs de sens. Contre une série d'absurdités de la vie quotidienne, il fallait redonner une signification aux actes et multiplier les occasions de rencontres et d'échanges.

On instaura donc diverses réunions :

- ✓ **réunions d'équipes** où le personnel pouvait faire entendre son point de vue ;
- ✓ **réunions personnel-malades** où les malades retrouvaient la possibilité d'exercer leur responsabilité dans la gestion des conflits et de la vie quotidienne ;
- ✓ **réunions administratives** sur l'affectation du produit du travail à l'organisation collective des loisirs, au sein d'un club constitué à égalité par les soignants et les soignés.

Des sorties, des voyages, des fêtes auxquelles le public extérieur était convié permettaient d'abattre symboliquement les murs de l'asile et de commencer à déraciner le vieux mythe de l'isolement thérapeutique. Après la guerre, deux autres psychiatres, Georges Daumezon et Philippe Koechlin, devaient donner le nom de *psychothérapie institutionnelle* à cette forme de sociothérapie qui commençait à se répandre dans d'autres hôpitaux.

## ***Les Journées de la Libération***

### ***Un corps de militants***

Les médecins des hôpitaux psychiatriques qui reviennent de déportation, ceux qui ont participé à la Résistance et la masse des autres, culpabilisés par la mort des internés affamés ou affaiblis par les restrictions, ne supportent plus ce qu'un numéro de la revue *Esprit* va qualifier en 1952 de « **misère de la psychiatrie** ». Leur syndicat cherche à la fois à améliorer leurs conditions matérielles, à rehausser leur prestige bien écorné et surtout à modifier radicalement leur exercice. À la suite de **journées nationales** qui les rassemblent en 1945 et 1948, les médecins posent des principes et engagent des pratiques qui dans les vingt années suivantes vont, avec l'appui des pouvoirs publics, bouleverser de fond en comble l'organisation des soins psychiatriques. On parlera ici surtout de la situation française, mais un mouvement comparable affecte, avec ses particularités nationales, la plupart des pays occidentaux au niveau de développement économique comparable. Le congrès fondateur de l'Association mondiale de psychiatrie en 1950,

présidé par le Français Henri Ey, illustre ces convergences.

### *Des modifications architecturales*

Afin d'ôter à l'« hôpital des fous » son aspect le plus répulsif, on détruit une partie des murs, on comble les sauts-de-loup, ces fossés qui entouraient les pavillons. Le modèle de l'**asile-village**, préconisé déjà par certains à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, commence à se répandre avec son centre social, lieu de rencontres et de convivialité. Les immenses dortoirs communs sont peu à peu cloisonnés. Des salles à manger plus accueillantes remplacent les anciens réfectoires. On y distribue assiettes et couverts, à la place des écuelles et de l'unique cuiller. Il est difficile aujourd'hui d'imaginer l'intensité et la longueur des débats qui permirent, il n'y a guère plus d'un demi-siècle, d'accorder aux internés des fourchettes et des couteaux ! Les cellules d'isolement réservées aux agités – des réduits éclairés par une simple lucarne et agrémentés d'un trou pour seule « commodité », où les malades avaient encore de la paille pour toute literie et étaient nettoyés au jet – ne disparaissent définitivement qu'à cette époque. Il faudra attendre encore plusieurs décennies pour engager un programme de construction afin de lutter contre l'encombrement et d'offrir aux hospitalisés en psychiatrie des conditions de confort analogues à celles des malades hospitalisés pour des maladies du corps.

### *L'introduction des psychothérapies*

Avec l'extension de la psychothérapie institutionnelle, le milieu est devenu plus favorable à l'introduction de psychothérapies spécifiques, individuelles et collectives, souvent d'inspiration psychanalytique. Renouant avec certaines pratiques datant de Philippe Pinel, le psychodrame fait son entrée. Ces psychothérapies, complétant l'électrochoc et la cure de Sakel qui poursuivent leur carrière, redonnent une **valeur thérapeutique** à l'hospitalisation, qui était le plus souvent devenue un simple gardiennage.

### *La place des infirmiers*

Les infirmiers vont devenir les agents principaux de la psychothérapie institutionnelle. Des stages de formation sont organisés dans le cadre d'un organisme créé en liaison avec le scoutisme laïc et avec le courant d'éducation nouvelle pour promouvoir l'encadrement des colonies de vacances, l'association des centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active (CEMEA). Deux conceptions vont alors s'affronter, qui vont diviser le mouvement de la psychothérapie institutionnelle :

- Pour les uns, l'infirmier doit rester auprès du malade un « **ambassadeur de la réalité** ». Il soutient le malade dans ses efforts pour se réconcilier avec la réalité dans un milieu compréhensif et attentif. Les Américains au même moment parlent de *milieu therapy*. Les psychothérapies proprement dites restent des actes spécialisés confiés à des spécialistes dûment formés.
- Pour les autres, l'infirmier est un **psychothérapeute** parmi les autres. L'institution tout entière est conçue comme un grand divan, le lieu d'une psychanalyse

collective, où les *transferts* au sens psychanalytique s'entrecroisent et où les interprétations s'échangent sans qu'il y ait de cloisonnement entre la vie quotidienne et des moments spécifiques réservés à l'expression et à l'analyse des désirs inconscients.

Avec le temps, ces différences, à l'origine de débats passionnés, s'atténueront et les points de vue se rapprocheront.

### ***Changer la loi***

La vieille loi de 1838, fondée sur le principe devenu obsolète de l'isolement thérapeutique, est alors fortement contestée. L'heure de sa modification n'est toutefois pas encore venue. Les psychiatres doivent se contenter de la multiplication des services libres, de la pratique croissante de *l'autoplacement*, où le sujet demande lui-même son admission, et de la réduction des placements d'office par l'autorité administrative. Parallèlement la prise en charge des soins psychiatriques par la Sécurité sociale, nouvellement créée, favorise leur développement.

### ***Branle-bas théorique***

Dans la suite des premières réflexions psychopathologiques, d'autres débats plus théoriques animent la profession.

➤ Certains, avec le psychanalyste Jacques Lacan, ne voient dans la folie que l'expression active d'un refus de la réalité et la construction d'une néoréalité plus acceptable, donc une pure **psychogénèse**.

- ✓ D'autres, comme Lucien Bonnafé et un groupe de collègues fortement engagés dans l'optique marxiste, insistent sur les **déterminants sociaux** de l'aliénation.
- ✓ Pendant ce temps, Henri Ey continue à défendre, avec son **organodynamisme**, la spécificité d'une démarche médicale ancrée dans la pathologie du corps, mais qui fait droit aussi à l'histoire du sujet.

Ils s'inscrivent dans un contexte plus général où la santé mentale devient un enjeu et où l'on se préoccupe à nouveau, comme Bénédicte Augustin Morel autrefois l'avait conseillé, de **prévention**. C'est l'époque où une ligue d'hygiène mentale, créée juste avant la guerre par Édouard Toulouse sur le modèle d'une association américaine comparable mise sur pied par un ancien malade mental, Clifford Withingham Beers, entreprend un véritable travail de propagande pour la promotion et la défense de la santé mentale à l'école, dans l'entreprise, à l'armée.

## *Enfin des médicaments actifs*

### *La découverte des neuroleptiques*

#### *Le Largactil<sup>®</sup>*

On l'a dit, les médicaments psychiatriques, depuis l'ellébore et l'opium antiques, n'avaient pas fait beaucoup de progrès. En 1951, Henri Laborit, un chirurgien militaire, cherchant à perfectionner l'anesthésie et à lutter contre les chocs opératoires, expérimente des dérivés d'une molécule : la **phénothiazine**, elle-même synthétisée à partir du bleu de méthylène, un

désinfectant dont on enduisait jadis la gorge des enfants quand ils avaient une angine.

La phénothiazine a la propriété de bloquer l'histamine, un médiateur chimique fabriqué par le corps et qui joue un rôle dans les mécanismes immunitaires. On en a tiré aussi le Phenergan<sup>®</sup>, employé comme anti-allergique. L'un des dérivés de la phénothiazine, la **chlorpromazine**, semble avoir des propriétés sédatives conséquentes. Étudiée systématiquement par deux psychiatres parisiens, Jean Delay et Pierre Deniker, la chlorpromazine, commercialisée en France sous le nom de Largactil<sup>®</sup>, deviendra le premier médicament antipsychotique. Elle sera suivie par plusieurs produits voisins et transformera l'atmosphère des services de psychiatrie en calmant les agitations. Le Largactil<sup>®</sup> est responsable de nombreux **effets négatifs** :

- ✓ à court terme : des symptômes voisins de ceux de la maladie de Parkinson (raideur, tremblements) ;
- ✓ à long terme : des troubles de la conduction cardiaque qui ont abrégé la vie de certains malades soumis au début à des doses massives.

On l'a accusé de représenter une « camisole chimique » et d'engendrer chez les malades une perte d'initiative et un ralentissement de l'activité. En permettant d'aborder des sujets violents ou persécutés de manière plus détendue, en débarrassant la rencontre des peurs mutuelles, le Largactil<sup>®</sup> et ses successeurs n'en ont pas moins facilité l'instauration de dialogues psychothérapeutiques.

### ***L'halopéridol***

Quelques années plus tard un pharmacologue belge, Paul Janssen, ayant noté que certains sportifs après dopage par des excitants (les amphétamines) avaient des comportements bizarres évoquant la schizophrénie, a l'idée de tester chez les psychotiques une molécule anti-amphétamine, l'halopéridol. Il découvre ainsi les propriétés anti-hallucinatoires du produit.

### ***La réserpine***

Une substance calmante d'origine végétale, la réserpine, qui permettait aussi de lutter contre l'hypertension, est entrée rapidement en concurrence avec le Largactil<sup>®</sup>. N'en déplaise aux tenants des produits naturels, la réserpine a été abandonnée en psychiatrie en raison des nombreux effets secondaires aux doses actives.

### ***Les antipsychotiques de seconde génération***

Aujourd'hui l'on préfère utiliser un certain nombre de produits voisins qui semblent mieux tolérés (bien qu'ils ne soient pas dénués d'effets secondaires) et dont certains sont plus actifs sur des formes de schizophrénie résistantes avec apragmatisme (une difficulté à s'engager dans une action). Ils sont réputés réduire les hallucinations et le délire.

### ***Les antidépresseurs***

## *Une concurrence qui tourne bien*

Après la découverte du Largactil<sup>®</sup>, produit par une firme française, d'autres en Suisse s'étaient lancés aussi dans la recherche de médicaments pour traiter les schizophrènes. Ils proposèrent ainsi à un psychiatre de formation phénoménologique proche de Ludwig Binswanger, Roland Kuhn (1912-2005), d'essayer un dérivé moins cher de la phénothiazine, l'imipramine. Cette molécule se révéla inefficace chez les schizophrènes, dont elle avait même tendance à aggraver l'état. Roland Kuhn lui chercha alors un autre débouché et découvrit ses effets spectaculaires sur la mélancolie. Commercialisée sous le nom de **Tofranil**<sup>®</sup>, ce fut la première d'une série d'antidépresseurs appelés *tricycliques* en raison de la forme de la molécule. L'électrochoc voyait réduire ses indications et le vaste champ des dépressions s'ouvrait devant l'industrie pharmaceutique.

## *Un hasard heureux*

L'isoniazide, commercialisé sous le nom de Rimifon<sup>®</sup>, était devenu un médicament qui avait révolutionné le traitement de la tuberculose. En essayant un médicament proche qu'on espérait encore plus actif, l'iproniazide, on remarqua que les tuberculeux qui le prenaient devenaient particulièrement joyeux. Sous le nom de **Marsilid**<sup>®</sup>, il a inauguré une nouvelle série d'antidépresseurs, moins prescrits aujourd'hui du fait de leurs effets secondaires possibles.

### *La troisième génération*

Une troisième génération de médicaments antidépresseurs s'est répandue depuis les années soixante-dix, le plus connu étant la fluoxétine, commercialisée sous le nom de **Prozac**<sup>®</sup>. Son efficacité a fait l'objet de discussions, ce qui n'a pas apparemment empêché son succès.

### *Les benzodiazépines*

C'est à la fin des années cinquante qu'on a découvert les benzodiazépines, dont le célèbre **Valium**<sup>®</sup>, une classe de médicaments de l'anxiété et des troubles du sommeil dont la France est devenue le premier consommateur. La surconsommation de ces médicaments devenus des médicaments de confort, utilisés très au-delà des limites de la psychiatrie, n'est pas sans risques. Ils peuvent être à l'origine de troubles de la mémoire et de nombreuses campagnes ont tenté d'en diminuer l'usage.

### *Les régulateurs de l'humeur*

En 1948 un psychiatre australien avait signalé l'effet bénéfique des sels de lithium (un métal) dans les épisodes aigus de la psychose maniaco-dépressive. Ce traitement n'avait pas eu de succès en raison de la toxicité du médicament. Il fallut attendre une dizaine d'années pour mettre au point un dosage dans le sang qui permettait d'ajuster les doses à un niveau efficace sans risque d'intoxication. Depuis, d'autres régulateurs de l'humeur, des médicaments également utilisés

pour traiter l'épilepsie, sont venus enrichir la pharmacopée.

### *Les psychodysléptiques*

Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, Paul Moreau de Tours, un aliéniste français revenu d'Orient, avait réuni autour de lui un certain nombre d'écrivains, de poètes et d'artistes : Théophile Gautier, Gérard de Nerval, Charles Baudelaire, Eugène Delacroix et même Honoré de Balzac malgré ses réticences, pour expérimenter sur lui-même et sur eux les effets du **haschich**. Il souhaitait ainsi pénétrer de l'intérieur le vécu des fous. Cent ans plus tard, l'écrivain anglo-américain Aldous Huxley cherche, à l'aide de la **mescaline** – une substance extraite du peyotl, un cactus connu depuis des millénaires par les Amérindiens pour ses propriétés hallucinogènes – à ouvrir les « portes de la perception » afin d'accéder à un état de conscience supérieur. Il utilise aussi un dérivé de l'ergot de seigle, le **LSD**, isolé par des chimistes suisses qui l'ont expérimenté sur eux-mêmes. Pendant les années qui suivent ces découvertes, des psychiatres et des psychologues espèrent, en déclenchant des épisodes psychotiques aigus chez des malades chroniques, remettre en route une productivité psychique et avoir ainsi un rôle thérapeutique. D'autres, comme le psychologue Timothy Leary et un certain nombre d'artistes d'avant-garde, souhaitent y trouver de nouvelles sources d'inspiration. Aujourd'hui les dysléptiques sont considérés comme des toxiques et ne sont plus employés dans les programmes thérapeutiques.

### *Quelques réflexions*

## *La sérendipité*

On donne ce nom barbare (et un peu prétentieux) à l'effet du hasard dans les découvertes scientifiques. On vient de voir qu'il a été essentiel dans l'arrivée de tout cet ensemble de médicaments qu'on appelle aujourd'hui les *psychotropes*. Aucun en effet n'est issu d'une réflexion scientifique sur les causes des maladies mentales et de la volonté de s'attaquer radicalement à ces causes. Cela ne diminue en rien le mérite de ceux qui les ont découverts grâce à leur sens de l'observation. C'est même un argument pour laisser une place essentielle à l'observation soigneuse de l'individu malade, à ce qu'on appelle en médecine l'*examen clinique*. Aujourd'hui une nouvelle forme de médecine, la **médecine dite fondée sur les preuves** (en anglais *Evidence-Based Medicine*), a pris de plus en plus la place de la médecine clinique. À l'examen du cas particulier, on substitue des études statistiques de populations comparant par exemple un groupe de malades qui reçoivent un traitement à un groupe de malades qui ne le reçoivent pas ou qui reçoivent, à sa place, un placebo (un produit inactif qui a le même aspect que le médicament testé). Ces études ont certes leur intérêt pour confirmer l'efficacité ou la non-efficacité d'un produit. Force est de constater en psychiatrie que leur généralisation au détriment de la clinique n'a plus, depuis les grandes découvertes des années cinquante, permis d'avancées majeures. Ou est-ce seulement une coïncidence ?

## *Un choc en retour*

Découverts par hasard, sans connaître les **causes biologiques** des troubles qu'ils atténuaient ou faisaient disparaître, les psychotropes ont en retour inspiré une recherche sur ces causes. Après avoir noté leurs effets, on s'est demandé comment ils agissaient. C'était l'époque où les sciences du cerveau connaissaient parallèlement une révolution et où l'on isolait un très grand nombre de **neuromédiateurs**, de substances qui permettent à l'influx nerveux de se transmettre d'un neurone à un autre, au niveau de ces embranchements qu'on appelle les *synapses*. On a remarqué alors que les principaux médicaments psychotropes influençaient ces neuromédiateurs, soit en renforçant les effets de certains, soit au contraire en les inhibant. Ainsi les neuroleptiques s'opposaient-ils à l'un de ces neuromédiateurs : la **dopamine**. Certains antidépresseurs renforçaient les effets d'un autre : la **sérotonine**. Les benzodiazépines agissaient au niveau d'un troisième : l'acide  $\gamma$ -aminobutyrique (**GABA**). On a cru ainsi pouvoir enfin expliquer de manière biologique les troubles mentaux, attribuer la schizophrénie à un excès de dopamine, la dépression à un défaut de sérotonine. Ces recherches ont permis de mettre au point de nouveaux médicaments, plus actifs, avec moins d'effets secondaires. Toutefois les espoirs de voir cette *psychiatrie biologique* faire aboutir la vieille quête de la lésion causale et procurer des tests biologiques fiables pour valider le diagnostic ont été en grande partie déçus.



## La fragilité des preuves en psychiatrie

Il faut savoir être méfiant devant les proclamations des laboratoires relayées par une presse docile et avide de sensationnel. La notion de *preuve* en psychiatrie doit être prise avec prudence. D'abord en l'absence de test biologique d'une maladie mentale, les groupes de malades fondés sur le recueil de symptômes sans correspondance organique objective et appréciés subjectivement par les psychiatres ne sont pas des groupes homogènes et rarement des groupes purs. À Lille on jugera *schizophrène* un sujet tenu pour normal à Tamanrasset (ou réciproquement). L'un comme l'autre peut avoir une masse de symptômes isolés arbitrairement l'un de l'autre, alors qu'ils interagissent entre eux : la dépression avec l'anxiété, les hallucinations avec un sentiment de persécution. Sur quoi agit-on et à quel niveau ? Ensuite les traitements sont étudiés sur de courtes périodes. Or on sait que les maladies mentales durent longtemps, avec des rémissions (parfois spontanées) et des rechutes. De plus les traitements associent souvent plusieurs médicaments dont on ignore le mode d'action précis. Lequel est actif ? Enfin on publie les effets positifs, on reste souvent silencieux sur les effets négatifs ou nuls. Les chercheurs ont bien sûr des

réponses à ces questions. Sont-elles suffisantes ?

### *Les bienfaits et les méfaits des médicaments*

Les médicaments psychotropes ont, on l'a dit, profondément modifié l'ambiance des hôpitaux psychiatriques. Ils ont permis à la psychothérapie institutionnelle en général et aux diverses psychothérapies plus spécifiques – dont les débuts avaient précédé, il faut le rappeler, leur découverte – de se développer. Les sujets déprimés ou anxieux ont trouvé des soulagements à leurs difficultés, parfois à leur détresse. Il n'en reste pas moins vrai que ce progrès incontestable a un revers... voire plusieurs.

- ✓ Tous les médicaments ont des **effets secondaires** plus ou moins sérieux. Ils peuvent être à l'origine de dépendances et conduire celui qui les prend vers une addiction.
- ✓ Il est facile de prescrire un médicament, plus difficile (et plus long) d'aborder un malade avec empathie et d'écouter ce qu'il a à dire. Soumis aux impératifs de **temps**, à un souci de productivité, le psychiatre peut se muer en simple « chimiatre » et perdre ainsi de son humanité et de son efficacité en substituant une pilule à une parole.
- ✓ L'abondance des produits sur le marché et la **pression de l'industrie** pharmaceutique favorisent la surconsommation voire ce qu'on appelle aux États-Unis le *disease mongering*, la « fabrication-vente d'une maladie » ou l'extension des limites de la pathologie. Transformée en « trouble bipolaire », la vieille psychose maniaco-dépressive connaît ainsi une extension qui est plus liée à la

progression des ventes de régulateurs de l'humeur qu'à une augmentation réelle du mal. Le deuil est devenu pathologique dès lors qu'on a cherché à en diminuer les manifestations par les antidépresseurs. On verra plus loin d'autres exemples.

✓ À un niveau théorique, le succès des médicaments et le rôle joué par les compagnies pharmaceutiques dans le financement des congrès et des revues médicales ont limité la publication et donc la **recherche** dans le domaine de la psychopathologie. Ils ont contribué, on le verra, à orienter de plus en plus la psychiatrie vers une étroite médecine des symptômes et à la couper d'une anthropologie, d'une réflexion plus générale sur l'humain, qui fait pourtant son originalité.

## Chapitre 6

# Le désaliénisme 1960-1990

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Comprendre l'instauration de la politique de secteur et ses problèmes
  - ▶ Prendre connaissance des expériences menées à l'échelle mondiale
  - ▶ Entendre des philosophes critiquer la psychiatrie
- 

### *Évolution ou révolution*

Le dernier tiers du XX<sup>e</sup> siècle a été marquant en psychiatrie. En France l'on peut choisir deux dates et deux textes pour borner la période. Le 15 mars **1960**, une circulaire du ministre de la Santé promulgue une nouvelle politique de santé mentale : le *secteur*. Le 27 juin **1990**, une loi modifie la loi du 30 juin 1838 qui régissait jusque-là l'internement des malades mentaux.

Évolution, révolution ? Demandez à un psychiatre d'aujourd'hui ce qu'il pense de la psychiatrie de ces années. Selon son orientation, il vous répondra que c'était une époque complètement folle où la

psychiatrie a failli disparaître, ou au contraire que ce furent trente glorieuses, particulièrement fécondes, qui tranchent avec la morosité actuelle. On essaiera de se tenir à distance de ces extrêmes et de ne sombrer ni dans la nostalgie ni dans le dénigrement d'un passé assez récent pour influencer encore le présent.

L'aliénisme était fondé sur le dogme de l'isolement. Le slogan de « désaliénisme » a été lancé par Lucien Bonnafé comme mot d'ordre pour une psychiatrie nouvelle en rupture avec ce qui l'avait précédée.



## Un contestataire

Le dogme de l'isolement n'a pas toujours fait l'unanimité. Dès 1859 un curieux personnage, le baron Jaromír Mundy, s'était élevé avec force contre l'internement des aliénés. Médecin, officier dans l'armée autrichienne, il avait été très affligé quand sa mère avait dû être isolée dans un asile. Libéré de ses obligations militaires à l'issue de la guerre entre l'Autriche et l'alliance franco-sarde, il avait entrepris un tour d'Europe à la recherche du meilleur traitement possible. C'est ainsi qu'il avait découvert en Belgique la communauté de Gheel où, depuis le Moyen Âge, des familles nourricières accueillent en pensionnaires libres des malades mentaux. Enthousiasmé par ce

traitement dans un cadre familial, il avait entrepris une campagne internationale pour convaincre ses collègues de l'inutilité et de la nocivité de l'enfermement. Il avait même fait édifier à Paris, dans le cadre d'une exposition universelle, une petite maison de style flamand où les pratiques de Gheel étaient illustrées par des gravures et où il distribuait des brochures pour convaincre l'opinion. Il ne rencontra pas le succès escompté. D'autres combats l'attendaient. Pendant le siège de Paris durant la guerre de 1870, il organisa des hôpitaux de secours en collaboration avec Henri Dunant, le fondateur de la Croix-Rouge. Revenu à Vienne, au moment de l'incendie du *Ringtheater*, ce fut lui qui mit sur pied un système d'ambulances pour évacuer les blessés. Cette activité infatigable s'est malheureusement conclue par un suicide, ce n'était pas une raison pour rester sourd à son message.

Désaliéner la psychiatrie, ses praticiens et surtout ses malades, c'était **sortir de l'isolement**. Cette rupture (heureuse ? malheureuse ?) s'est développée à plusieurs niveaux et a pris des visages différents selon les pays. Elle a été à la fois théorique et pratique. Comme toute démarche qui se veut révolutionnaire, elle a connu ses extrémismes et ses dérives. Peut-être ici plus qu'ailleurs... parce que le lien entre théorie et pratique était distendu. Les deux démarches se sont en effet poursuivies de manière parallèle. Les théoriciens n'ont pas tenu compte de la pratique qui se développait ou ont refusé de la prendre au sérieux, niant *a priori* son originalité. Les praticiens se sont rebiffés devant les critiques

acides des théoriciens ou à l'inverse les ont adoptées avec un enthousiasme de façade, qui les mettait sous le vent de la mode, mais qui ne laissait guère place à la réflexion. Une théorie sans pratique devient vite une idéologie. Une pratique sans théorie s'enlise dans la routine. Ce défaut de communication explique peut-être en partie ce que d'aucuns considèrent comme une certaine régression.

### ***La psychiatrie de secteur***

Encore appelée *psychiatrie communautaire* ou *psychiatrie dans la communauté*, la pratique de secteur a donc été lancée en France par un texte administratif fondateur : la circulaire du 15 mars 1960.

### ***Les prémices***

Avant la guerre, un psychiatre déjà cité, Édouard Toulouse, après avoir ouvert le premier service libre, avait préconisé une alternative à l'isolement asilaire. Sur le mode de la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes, alors problèmes majeurs de société, il avait proposé de développer des « dispensaires d'hygiène mentale » où les troubles mentaux pourraient être dépistés et recevoir des soins précoces et où les sortants d'hôpital seraient suivis en cure ambulatoire pour éviter rechutes et séquelles. Les journées de 1945 et 1948 avaient souhaité la généralisation des quelques dispensaires existants, ainsi que la multiplication des services libres (c'est-à-dire où l'on entre et d'où l'on sort librement, comme de n'importe quel service hospitalier). C'est ainsi que naquit le projet de

diviser le territoire français en **secteurs** d'environ soixante-dix mille habitants confiés chacun à une équipe psychiatrique multidisciplinaire. La mission de cette équipe était pour chaque secteur de gérer une structure hospitalière, où le placement libre devait devenir la règle et le placement sous contrainte l'exception, et d'assurer les soins extrahospitaliers. Un groupe de psychiatres militants et d'administrateurs de la santé particulièrement actifs et éclairés s'attela à la réalisation de ce projet.

### *Les principes*

Il s'agissait d'abord d'assurer la **continuité des soins** et d'éviter l'errance qui, lors des rechutes, entraînait la réhospitalisation des malades au gré des places disponibles dans des services ou des pavillons différents. L'affectation de chaque structure à une zone géographique déterminée palliait cet inconvénient majeur.

Dans l'optique d'une psychiatrie globale s'adressant plus à des personnes qu'à des troubles spécifiés, il s'agissait ensuite d'**unifier**, sous la responsabilité des mêmes opérateurs, soins et prévention – deux dimensions relevant de budgets séparés et d'administrations différentes.

Enfin et surtout, l'équipe sectorisée avait pour mission, contrairement à l'isolement préexistant, de développer des **soins de proximité**, d'éviter ou de raccourcir les hospitalisations, de rencontrer les patients à domicile, d'établir ou de rétablir leurs liens avec la famille, le voisinage, l'entourage professionnel ou scolaire, les lieux de loisirs et les

services du quartier, bref avec ce qu'on appelle au sens large la *communauté d'origine*.



## Un souvenir personnel

C'était en 1966 ou en 1967. J'exerçais dans un service classique d'hôpital psychiatrique. Certains résidents très âgés étaient là depuis le début du siècle et avaient passé presque toute leur vie d'adulte dans le pavillon. Valentin, la cinquantaine, alignait quelque vingt ans d'asile. Il délirait doucement, ce qui ne l'empêchait pas d'avoir de l'humour et de faire de temps à autre, sur les uns ou sur les autres, des remarques pleines d'à-propos. Il avait encore sa vieille mère qui le prenait chez elle en « permission » quand il était calme. Il était sorti depuis une semaine lorsque je reçus un coup de téléphone de la mère, inquiète. Valentin ne mangeait plus, dormait mal, s'énervait facilement. La mère demandait de le ramener à l'hôpital plus tôt que prévu et envisageait de faire appel à la police (comme plusieurs fois précédentes) si d'aventure Valentin se montrait récalcitrant. Comme nous commençons à mettre sur pied une *pratique de secteur*, je proposai de venir le voir à la maison. La mère, un peu surprise par cette proposition inhabituelle, accepta. Je sonnai à la porte. Elle était allée faire une course. Ce fut Valentin qui m'ouvrit et me fit entrer.

Il me regarda ébahi, comme un extraterrestre, alors qu'il me connaissait bien et me rencontrait tous les jours dans le service. J'expliquai ma visite. Il me fit asseoir et, continuant à me contempler, médusé puis amusé, il eut cette phrase interrogative : « Les médecins de l'hôpital psychiatrique ont le droit de sortir maintenant ? » Je n'eus pas la présence d'esprit de lui répondre que j'avais aussi une « permission » (celle du gouvernement avec sa circulaire), mais je réalisai que jusque-là les psychiatres et les infirmiers avaient été dans une certaine mesure, même si ce n'était pas à plein-temps comme leurs malades, mis à part de la société. Après ma visite Valentin s'apaisa. Des infirmiers à ma suite vinrent le voir régulièrement, prirent contact avec les voisins, dont certains, devant le comportement parfois bizarre de Valentin, avaient peur de lui. Une infirmière l'accompagna au début au centre social du quartier, au café, où il commença à se faire des connaissances. Orienté vers le dispensaire, il participa à un groupe d'anciens patients et put retrouver une vie de quartier, soutenu par sa mère rassurée par nos visites. Il continuait à venir épisodiquement à l'hôpital, mais seulement comme un visiteur.

Au lieu d'une ségrégation, une **approche intégrative** visait à renouer le dialogue de l'exclu avec la société. Cette intégration ou cette réintégration passait nécessairement par l'intégration de l'équipe elle-même au sein des quartiers, par l'établissement de liens avec les travailleurs sociaux, les médecins généralistes, les

municipalités et jusqu'avec les organismes de police ou de gendarmerie, chargés de maintenir l'ordre public, afin de régler en amont des situations problématiques et de restreindre le recours à l'internement.

### *Les réalisations*

Il fallut une quinzaine d'années pour que ce dispositif, tenté d'abord de manière expérimentale dans quelques lieux, le plus connu étant le XIII<sup>e</sup> arrondissement à Paris, se généralise sur tout le territoire et s'exporte au-delà des frontières, en Belgique, en Suisse, au Québec notamment. Il s'accompagnait de la création d'institutions à temps partiel, comme l'**hôpital de jour**, ou d'**appartements thérapeutiques** qui, en prenant le relais de l'hospitalisation à temps plein, permettaient de diversifier les réponses thérapeutiques et de les adapter aux diversités des pathologies individuelles ou aux stades de chacune de ces pathologies. Devenu le pivot d'un réseau de structures et de personnes, le **centre médico-psychologique**, succédant à l'ancien dispensaire, est aujourd'hui un lieu de consultation et de traitement ambulatoire. Les psychothérapies individuelles et groupales y tiennent généralement une place prédominante, ce qui n'empêche pas d'y prescrire (de plus en plus ?) des médicaments.

### *Les succès*

Le secteur psychiatrique n'avait comme base juridique qu'une circulaire ministérielle et reposait donc surtout sur des bonnes volontés

locales. Il put bénéficier d'une situation démographique favorable. En 1968 la neurologie et la psychiatrie avaient été séparées sur le plan universitaire, ce qui mettait fin à une situation quasi coloniale. La psychiatrie, ayant reconquis son autonomie en tant que **spécialité médicale de plein droit**, attirait de nombreux étudiants. Il en était de même pour la profession d'infirmier psychiatrique et pour les professions plus récentes d'éducateur spécialisé et de psychologue clinicien. Des équipes nombreuses et motivées se mettaient rapidement en place. Le **secteur** fut un succès. Le nombre de lits psychiatriques fut considérablement réduit au profit des structures extrahospitalières. Dans la file active d'un secteur de psychiatrie (c'est-à-dire dans le nombre de personnes qui consultent en un an au moins une fois l'équipe de ce secteur), il n'y a guère aujourd'hui qu'un client sur cinq qui subit dans l'année une hospitalisation.

### *Les lois*

Avec le retour de la gauche au pouvoir en 1981 et la présence d'un ministre de la Santé communiste, Jack Ralite, particulièrement sensibilisé aux problèmes de la psychiatrie, un pas supplémentaire en avant était souhaité. Un projet d'*établissement public de santé mentale*, centré sur l'extrahospitalier et dont l'hôpital ne serait qu'un appendice, suscitait de grands espoirs. Il ne résista pas aux assauts des différents conservatismes et il fallut se contenter d'une **loi en 1985** qui avait le mérite de légaliser l'existant et de rassembler l'intra- et l'extrahospitalier (les personnels et les budgets afférents), jusque-là dépendant de deux directions différentes, sous une seule autorité. Que ce fût celle du directeur

d'hôpital était symboliquement lourd de sens, mais n'empêcha pas dans la réalité nombre de directeurs de s'engager résolument dans la voie de la diminution du poids de l'hôpital et de l'extension des structures extrahospitalières, ce qui ne correspondait pas à leur culture de base. Les psychiatres les plus progressistes attendaient la suppression de la loi de 1838, qui depuis cent cinquante ans régissait l'internement. Cette vieille dame n'avait pas bonne réputation, ce qui faisait qu'on ne l'utilisait qu'avec parcimonie. Les placements libres représentaient l'immense majorité des entrées à l'hôpital. Les placements sous contrainte et notamment les placements d'office par l'autorité de police s'étaient considérablement raréfiés. Au lieu de la suppression espérée, on eut en 1990 une modification à la marge, avec l'introduction d'une **commission de contrôle**, pour veiller à la régularité des internements, faciliter l'examen des contestations et éviter les internements arbitraires, cette grande peur de l'opinion. Du coup la loi parut plus aimable et, bénéficiant d'une sorte de publicité, fut davantage utilisée. On vit paradoxalement monter en flèche le nombre de placements sous contrainte au moment où le secteur extrahospitalier commençait à éprouver des difficultés.

### *Les problèmes*

Le succès du secteur avait en effet engendré des problèmes liés surtout à la montée et à la diversification des demandes.

➤ Conçu d'abord pour traiter autrement les psychotiques et surtout les schizophrènes, il a attiré toute une **population de sujets déprimés**, névrotiques, victimes de stress

variés, aussi des jeunes adultes ou des adolescents en déshérence, abusant parfois de substances toxiques et troublant leur environnement par leur comportement.

✓ Le souci de réduire l'hospitalisation psychiatrique, pour des raisons à la fois techniques et économiques, a conduit à diminuer les durées de séjour en hôpital. Des malades encore en grande difficulté sont venus surcharger les consultations, enchaînant courtes hospitalisations, sorties et réhospitalisations, selon ce qu'on a appelé le ***syndrome de la porte tournante***.

✓ Au nom d'idéologies prétendument psychanalytiques, certains ont réagi à ces difficultés en « attendant la demande ». Or, avec un psychotique mais pas seulement avec un psychotique, on peut attendre longtemps et il faut souvent précéder cette demande, l'entendre dans des appels indirects, relayés par l'entourage, et aller au-devant d'elle. Les **listes d'attente** et les délais pour une intervention se sont donc allongés.



## Quand l'histoire se répète

Rappelez-vous : les pionniers du traitement moral s'étaient heurtés à la chronicité et à l'encombrement de leurs asiles. Les aliénistes alors avaient adopté la théorie de la dégénérescence et s'étaient absorbés dans la pure contemplation des symptômes et des

évolutions inéluctables. Les mêmes causes entraînent les mêmes effets. Devant l'encombrement des consultations de secteur, certains désaliénistes ont sacrifié au dogme de la *structure*. Issu entre autres sous une forme simplifiée de l'enseignement (complexe) du psychanalyste Jacques Lacan, ce dogme affirme que le psychotique a été victime presque dès sa naissance (et parfois avant, dans l'esprit de ses futurs parents, voire de ses grands-parents) d'une *forclusion* irréversible. Entendez par là que sa mère (ou sa grand-mère) n'a pas accordé dans sa pensée et dans ses paroles une place suffisante à son père ou à son grand-père. Du coup, non séparée de son enfant par le symbole que représente le *nom-du-père* – ce nom que (jusqu'il y a peu) l'on donnait systématiquement à l'enfant (au moins lorsqu'il était reconnu par son géniteur) –, elle en fait son prolongement exclusif, ne voit en lui qu'un bout d'elle-même, lui refuse toute autonomie. Comme l'a écrit une psychanalyste lacanienne connue Maud Mannoni : « Elle l'inclut dans sa jouissance. » Ainsi il ne peut être que psychotique et le rester. Le soigner sans son consentement exprès ou sans qu'il exprime son besoin ne ferait que l'enfoncer davantage dans sa situation de non-sujet. Tout ce qu'on peut faire pour lui, c'est attendre sans se presser, jusqu'à la fin des temps, que s'éveille son désir et que surgisse sa demande. Heureusement tous les psychiatres, psychanalystes ou non, n'ont pas sacrifié à une idéologie qui a beaucoup nui à l'image de la psychiatrie

en encourageant des abstentions thérapeutiques assimilables à une non-assistance.

➤ On a aussi reproché au secteur son approche globale psycho-médico-sociale et de ne pas se soucier assez de la diversité des pathologies. On a alors voulu substituer à cette approche une copie de la médecine somatique, en multipliant les consultations spécialisées : pour les dépressions, pour les troubles du comportement alimentaire ou du sommeil, pour les troubles obsessionnels compulsifs. Cette **psychiatrie en tranches**, qui connaît aujourd'hui une grande extension outre-Atlantique et qui a aussi des défenseurs énergiques en France, est évidemment peu compatible avec l'implantation territoriale actuelle. Il est difficile de faire vivre une **consultation spécialisée** pour l'anorexie mentale par exemple dans chaque unité de soixante-dix mille personnes. D'où la tentation de regrouper les secteurs en pôles plus importants, au détriment de la proximité et du travail communautaire.

➤ Les secteurs ont enfin été accusés de fonctionner **en vase clos**, comme de petites baronnies qui s'ignorent les unes les autres et qui imposent aux habitants d'une zone l'idéologie du baron dont ils dépendent pour des raisons strictement géographiques. Un déprimé habitant d'un côté de la rue ne pourrait recevoir qu'un traitement médicamenteux. Son frère de peine de l'autre côté n'aurait droit qu'à une psychothérapie. C'est sûrement une caricature de mauvais plaisant, mais pas seulement.

➤ En paraissant condamner l'entreprise et ses principes, on a alors proclamé, un peu vite, la **mort du secteur** et suscité en réaction chez

les plus engagés un *intégrisme du secteur* qui empêche les progrès.

### *De l'autre côté de l'Atlantique*

Trois ans après notre circulaire de 1960, le président Kennedy, que les malheurs de sa sœur avaient peut-être sensibilisé au problème, promulguait un **acte de santé mentale** qui visait lui aussi à révolutionner un système psychiatrique public particulièrement archaïque.

### *La fosse aux serpents*

Les cinéphiles se rappelleront Olivia de Havilland dans le film d'Anatole Litvak, *La fosse aux serpents*. Une partie des hôpitaux psychiatriques d'État étaient dans un grand état de délabrement, sous-équipés en personnel formé et réservés en grande partie à la population pauvre des ghettos noirs. La violence et les trafics en tous genres y régnaient.

### *L'institution totalitaire*

Même dans des institutions apparemment plus modernes, comme le St. Elizabeths Hospital à Washington, où travaillaient des psychanalystes, le sociologue Erving Goffman avait retrouvé un mode de fonctionnement décrit comme *totalitaire*. Une frontière étanche séparait deux groupes : le personnel et les reclus (en anglais *inmates*). Le personnel avait tout-pouvoir sur les reclus. Les internés, dépouillés à l'entrée de leurs vêtements et de leurs objets personnels, étaient ravalés à une condition humiliante d'objet de soins et de

surveillance par une série de procédures de disqualification. D'autres sociologues avaient étudié des institutions privées plus prestigieuses où chaque patient bénéficiait d'une séance de psychanalyse par jour. Les vingt-trois autres heures se passaient dans l'inactivité et l'ennui, allégés seulement par quelques médicaments.

### *Les centres de santé mentale communautaires*

Pour rompre avec ce système, des fonds fédéraux furent proposés à toute collectivité locale, comté, commune, association à but non lucratif, qui mettrait sur pied un centre où, à côté de l'hospitalisation, seraient développés des soins dits compréhensifs, c'est-à-dire comprenant une gamme d'approches préventives et thérapeutiques s'adressant à toutes les populations concernées – enfants, adultes, personnes âgées – pouvant présenter une variété de pathologies. Insérés dans la communauté, ces centres avaient pour particularité de faire appel aux personnes engagées soit professionnellement soit bénévolement dans le travail communautaire, de manière à inclure les démarches psychiatriques dans un **mouvement social global** de prise en charge de la santé physique et mentale d'un quartier. Les centres américains de santé mentale communautaires ont durement pâti de la politique néolibérale, de la restriction du budget fédéral et de la fin de l'État-providence (*Welfare State*) instituées en 1981 par le président Reagan. On leur a substitué une politique massive de fermeture des hôpitaux psychiatriques et de mise à la rue d'un grand nombre de malades mentaux, plus ou moins clochardisés et renvoyés sans solution thérapeutique aux associations caritatives.

Au Québec, à mi-chemin entre l'expérience française du secteur et l'expérience américaine, une institution originale, les centres de liaison des services communautaires, avaient repris une démarche très voisine, qui visait de même à intégrer la psychiatrie dans la société pour éviter la ségrégation des malades mentaux et faciliter leur réhabilitation sociale.

### *En Italie*

Là non plus le service psychiatrique ne brillait pas par sa modernité. En dépit de grands noms, au XIX<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux psychiatriques italiens eux aussi avaient connu une dégénérescence. Seules quelques cliniques universitaires surnageaient. Dans les années soixante, un groupe de jeunes psychiatres entreprit d'audacieuses réformes. Certains s'inspiraient des pratiques françaises naissantes dans les secteurs. L'un d'eux, **Franco Basaglia**, de formation initiale phénoménologique, s'engagea dans une voie plus radicale qui devait lui valoir une grande renommée et aboutir à des modifications fondamentales de la législation sur les malades mentaux.

### *L'expérience de Gorizia*

Au début des années soixante, devenu responsable d'un établissement psychiatrique public à Gorizia près de Trieste, Franco Basaglia s'inspira du travail de Maxwell Jones en Angleterre, plus que de la psychothérapie institutionnelle à la française qui lui paraissait trop entachée de références psychanalytiques. **Maxwell Jones**, ancien

psychiatre militaire, avait organisé au sortir de la guerre, dans un hôpital pour anciens combattants désocialisés, souvent alcoolisés, une *communauté thérapeutique* fondée elle aussi sur des réunions et des prises de décision communes concernant la vie quotidienne, afin de resocialiser les participants. Franco Basaglia considérait que, dans l'hôpital psychiatrique, l'exclusion, la ségrégation, la concentration et la perte de tout pouvoir des internés sur leur vie primaient sur la maladie mentale. Il proposait de mettre la maladie « entre parenthèses » et de s'occuper d'abord de réduire l'aliénation sociale induite par l'institutionnalisation dans laquelle, politiquement très engagé, il ne voyait qu'un reflet d'une aliénation sociale plus générale, celle des classes populaires paupérisées dont provenait l'essentiel de sa clientèle. L'expérience de Gorizia, à l'origine d'un livre révolutionnaire, *L'Institution en négation*, se heurta à l'opposition des pouvoirs locaux et se conclut par le départ de Franco Basaglia puis par la démission en bloc de l'équipe médicale.

### ***La fermeture des hôpitaux psychiatriques***

Cet échec conduisit Franco Basaglia à radicaliser ses positions. Il jugeait trop timide la politique suivie par la France et voulait aller au-delà. Alors que les Français se contentaient de réformer l'hôpital psychiatrique (la psychothérapie institutionnelle), de mettre fin à l'isolement et de créer des dispositifs extrahospitaliers substitutifs ou complémentaires (le secteur), Franco Basaglia, après diverses expériences personnelles à Parme, à Rome et surtout à Trieste, soutenu par des collègues engagés dans d'autres villes comme Pérouge dans des démarches similaires, obtint en

1978 le vote d'une loi qui interdisait toute nouvelle hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques. Incluse dans une loi plus générale de santé publique, la loi déplace l'action psychiatrique publique vers des *unités sanitaires locales*, analogues à nos dispositifs de secteur, qui assurent les soins de proximité. Les hospitalisations se font dans des services d'urgence psychiatrique au sein des hôpitaux généraux. Lorsque la contrainte doit être utilisée, la loi précise que c'est en dernier ressort, après épuisement de toutes les autres possibilités. Les hôpitaux psychiatriques, transformés en résidences pour les malades chroniques quand ils n'ont pas trouvé d'autres solutions, voient peu à peu disparaître leur population.

### *Le mouvement de psychiatrie démocratique*

Le combat de Franco Basaglia s'est incarné dans un mouvement plus vaste dont la caractéristique principale a été de politiser les problèmes psychiatriques. Sans nier les autres causes possibles de souffrance psychique, ce mouvement, en se faisant d'abord l'avocat des exclus et des opprimés, a mis au premier plan les **déterminismes sociaux**. Avant de savoir si un sujet était schizophrène ou maniaco-dépressif, il a cherché à mettre en évidence, dans son mal-être, sa solitude, son exploitation économique ou son manque d'emploi, ses conditions de logement, sa malnutrition. Il s'est appuyé sur les forces politiques organisées – les partis de gauche, les syndicats – ainsi que sur des réseaux militants constitués spontanément au niveau des quartiers. Il a multiplié les manifestations, telles que des conférences, des films, des expositions, des fêtes, pour modifier l'image des sujets étiquetés

« malades mentaux » et pour susciter des solidarités destinées à résoudre les conditions de vie concrètes des gens.

### *L'évolution de la psychiatrie italienne*

Le mouvement de psychiatrie démocratique, souvent confondu à tort avec l'antipsychiatrie dont il sera plus loin question, a eu beaucoup d'influence sur les jeunes générations de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers dans le monde occidental. Pour certains la ville de Trieste, où il a connu sa réalisation la plus complète, avec la fermeture complète de l'hôpital psychiatrique, est devenue comme la Mecque de la psychiatrie désaliéniste moderne.

Les succès n'ont pas empêché les **critiques** de faire remarquer le grand nombre de sans-abri au comportement étrange dans les villes italiennes, ainsi que l'extension des institutions privées offrant à ceux qui en ont les moyens un accueil résidentiel disparu ou devenu insuffisant dans le service public.

On a reproché aussi à cette psychiatrie politique de négliger la souffrance psychique des individus dans leur spécificité. Il est important d'avoir un toit et de recevoir une nourriture suffisante, important de n'être pas seul et de sentir entouré par les autres. Mais cela ne suffit pas toujours pour éliminer une angoisse, calmer un sentiment de persécution ou de culpabilité. Sinon seuls les pauvres et les isolés sociaux souffriraient de dépression ou de délire. Ce n'est pas toujours vrai. Aujourd'hui une approche plus classiquement

psychothérapique a refait jour, rapprochant davantage la psychiatrie italienne de la psychiatrie française de secteur d'inspiration plus psychanalytique. Un certain nombre d'associations à but non lucratif a aussi développé des communautés thérapeutiques de petite taille qui proposent à la fois des soins psychothérapeutiques et un lieu de vie à des sujets en grande difficulté.

## *Quand les théoriciens s'en mêlent*

La rupture pratique avec le vieil asile qui caractérisait le désaliénisme a été contemporaine d'une critique plus théorique mais aussi plus globale de la psychiatrie. En dehors du mouvement italien de psychiatrie démocratique qui, du fait de ses références marxistes explicites et de son vocabulaire révolutionnaire, paraissait plus acceptable, les théoriciens n'ont pas épargné ce qui se dessinait de nouveau dans les autres psychiatries publiques, française ou américaine. Ils ont même nié qu'il y ait quoi que ce soit de nouveau par rapport à l'aliénisme répressif dans le secteur français ou dans les centres de santé mentale communautaires américains.

## *La peur d'être fou*

La psychiatrie n'a jamais eu beaucoup de chance avec les grands intellectuels. Ils se méfient de ces médecins pas tout à fait médecins et un peu philosophes, ou alors qui se veulent trop médecins et qui, ramenant les maladies de l'esprit à celles du corps, sont suspects de se comporter en policiers des idées. Peut-être, dans la proximité entre le génie créatif et la folie, ont-ils peur de se

voir ravalés eux-mêmes à la condition de malade, de se sentir dépouillés de leur créativité (de leur brin de folie) par un diagnostic réducteur et des traitements anesthésiants. « Les états mystiques du poète ne sont pas du délire, ils sont la base de la poésie. [...] Me traiter en délirant c'est nier la valeur poétique de la souffrance » protestait Antonin Artaud, qui pourtant n'hésitait pas à demander de la drogue à ses psychiatres quand sa souffrance devenait intenable. « Ils ont enfermé Sade, ils ont enfermé Nietzsche, ils ont enfermé Baudelaire » accusait André Breton, en négligeant les avanies infligées à ses victimes par le divin marquis, les angoisses d'anéantissement de Nietzsche, la chute de Charles Baudelaire dans l'aphasie et la démence terminale et en oubliant qu'avant d'être écrivain, il avait été médecin. Accusateurs purs des inévitables compromissions de la psychiatrie avec l'ordre public, les théoriciens veulent garder les mains propres, loin des contradictions et des ambiguïtés de la pratique.



## **Un paradoxe de la psychiatrie**

C'est l'occasion de rappeler un paradoxe de la psychiatrie. Médecine de soins ayant pour objet, comme toute médecine, le mieux-être de ses clients, la psychiatrie ne peut oublier qu'elle a aussi une fonction sociale. Attentive à la souffrance de l'individu qu'elle cherche à aider, elle ne peut rester sourde à

l'inquiétude, au malaise voire à la souffrance de l'entourage : la famille, l'environnement et plus généralement la société, qui peut être mise en danger par le comportement du malade. Pour revenir au marquis de Sade : malgré son génie dérangeant et bien qu'il en ait plus écrit que fait, on ne peut ignorer, comme l'auraient souhaité ses parents, les cris de la malheureuse femme qu'il avait séquestrée, fouettée et enduite de cire brûlante afin de parvenir à l'orgasme. Il fallait bien peut-être, avec les moyens de l'époque (un séjour à Charenton), le mettre hors d'état de nuire davantage.

## *L'ordre psychiatrique*

### *La discipline en horreur*

On a déjà parlé de Michel Foucault et de son *Histoire de la folie à l'âge classique*. Couvrant surtout l'âge classique, elle ne s'arrête pas là. À la fin de son livre et plus encore dans ses cours au Collège de France, l'auteur a poursuivi un travail systématique de démolition de la psychiatrie, considérée comme une incarnation du mot d'ordre « **surveiller et punir** ». La psychiatrie moderne ne trouve pas plus grâce à ses yeux que l'ancienne. La psychanalyse elle-même lui apparaît comme faussement libératrice, une incarnation subtile et mise au goût du jour du pouvoir que la société a conféré aux psychiatres : contraindre la déraison dans les cadres étroits de la raison raisonnante, limiter toutes les déviations, aussi bien celles du sexe que celles d'un discours qui voudrait échapper aux règles de fer de la

logique cartésienne. Le psychiatre moderne, sous ses apparences bénignes et trompeuses, reste pour lui un père Fouettard qui veut imposer la discipline, même dans ses institutions apparemment les plus libérales.

### *Citoyens, couchez-vous*

Reprenant un discours voisin, **Robert Castel**, un sociologue, s'est fait d'abord connaître par un pamphlet contre le « psychanalysme », considéré comme une idéologie normalisatrice qui infiltrait subtilement la société.



La psychanalyse était alors plus à la mode qu'aujourd'hui, surtout dans les cercles intellectuels. Il est commun maintenant de la dénigrer et de proclamer, sans grand souci d'exactitude, la fin de l'« affabulation freudienne » et le « crépuscule d'une idole ».

Robert Castel a ensuite consacré un travail important à l'histoire de la psychiatrie au XIX<sup>e</sup> siècle, où il montre à quel point les aliénistes ont été les complices du pouvoir. En collaboration avec son épouse, la psychiatre Françoise Castel, et avec la sociologue Anne Lovell, il a ensuite produit une étude critique de la psychiatrie communautaire américaine des années soixante. Derrière le souci de vider les hôpitaux psychiatriques et de les remplacer par des centres de santé mentale communautaires où les rapports humains étaient plus égalitaires et auxquels collaboraient des *leaders* non professionnels issus des quartiers, les auteurs ont vu une tentative pour

contrôler les minorités ethniques. Coupés de leur communauté d'origine, les militants associatifs sont selon eux devenus de simples auxiliaires du pouvoir. En même temps qu'on psychologisait les problèmes sociaux pour résoudre les conflits de classes ou de races, la psychiatrie se serait répandue dans le corps social comme un venin pour manipuler et uniformiser les masses, en étendant à la société tout entière les méthodes de contrôle qui régnaient à l'asile. La psychiatrie communautaire, présentée par ses promoteurs comme une entreprise de libération, n'aurait alors fait que généraliser la situation de sujétion de l'analysé couché sur son divan, dépendant de son maître-analyste. Il est piquant de constater que cette critique radicale, assez éloignée des réalités qu'elle dénonçait, a, au nom d'un parti pris théorique qui se voulait de gauche, bien arrangé les affaires du président Reagan. Elle a justifié sa décision de couper les crédits à la psychiatrie publique au nom d'un darwinisme social qui favorise le succès des plus aptes et abandonne les plus faibles à la sélection naturelle. Dans la même veine, il a été de bon ton en France de stigmatiser la « fliquiatrie de secteur » par une critique de gauche ou d'extrême gauche qui donnait raison aux gouvernements de toute couleur quand ils taillaient dans les crédits affectés à la psychiatrie publique. On appelait ce système naguère des « alliances objectives » !

### *Le mythe de la maladie mentale ?*

Les plus belles fleurs de cette couronne funèbre tressée sur la tombe souhaitée de la psychiatrie ont été les livres d'un psychanalyste américain d'origine hongroise : **Thomas Stephen Szasz**. En 1961, l'année même où paraît l'*Histoire de la*

*folie à l'âge classique* de Michel Foucault, Thomas Szasz publie aux États-Unis le *Le mythe de la maladie mentale*. Il y soutient que la maladie mentale n'existe pas. Il n'y a de maladie que physique. La médecine traite seulement les maladies du corps, matérialisées par la lésion d'un organe ou d'un ensemble d'organes, lésion visible à l'œil nu ou au microscope et traduite par des désordres biologiques mesurables. Tout le reste n'est qu'invention fumeuse destinée à étiqueter des comportements socialement gênants ou à justifier la recherche d'un soutien ou d'une assistance par des sujets qui n'ont pas la force de se faire seuls une place honorable dans la société. Il n'y a aucune définition possible de la *maladie mentale*. Un *malade mental* c'est seulement quelqu'un qui, se pliant à la pression de son entourage ou à la mode, par faiblesse et crédulité, va consulter un psychiatre. Les psychiatres ont tenté en vain de légitimer leur travail en cherchant des lésions organiques. Ils n'y sont jamais parvenus. Ils ont cru alors trouver des bases scientifiques dans la psychanalyse freudienne. Celle-ci en fait n'est, selon Thomas Szasz, qu'une resucée de la neurologie dite fonctionnelle de Jean-Martin Charcot, de son goût trouble pour l'hypnose et de sa naïveté devant des soi-disant hystériques simulatrices. Pour maintenir leur situation au service de l'État, les psychiatres auraient diffusé dans la société un certain nombre de définitions de comportements jugés inadéquats qu'ils ont baptisés *maladies*. Ils ont alors obtenu tout-pouvoir sur leurs malades, en dignes successeurs des maîtres d'esclaves du XIX<sup>e</sup> siècle. L'État les a pris à son service afin de pourchasser l'autonomie et l'affirmation de soi, de noyer les individus dans une masse conformiste. La psychiatrie participe à une entreprise de stigmatisation des originalités. Comme le dit le sociologue Thomas J. Scheff, elle sélectionne

ceux qui semblent violer les règles implicites qui dirigent nos comportements quotidiens, elle répand dans l'opinion, sous le nom de *symptômes*, les modèles d'un certain nombre d'autres comportements proscrits – par exemple le refus systématique de répondre à une invitation de dialogue ou, au contraire, un manque de pudeur et de réserve dans les contacts. Montré du doigt par les autres qui lui font remarquer ses déviances, le transgresseur finit par s'identifier à l'image qu'on se fait de lui et par adopter les comportements caractéristiques de la folie (se prétendre animé par une force étrangère, entendre des voix). Il est alors conduit, de gré ou de force, chez le psychiatre qui lui colle un diagnostic. Avec ce label, il a alors pour seul avenir la « carrière de malade mental » qu'on lui désigne : l'hôpital psychiatrique, les médicaments psychotropes. La psychiatrie, affirme Thomas Szasz, impose un mythe qui profite à la société et procure de juteux bénéfices aux psychiatres.

On dira : tout cela c'est du passé. La psychiatrie a fait sa révolution. Elle a fermé ses asiles et est devenue beaucoup plus tolérante, beaucoup plus critique vis-à-vis des aliénations qu'elle pourrait entretenir. Thomas Szasz ne se laisse pas prendre à ce discours lénifiant. Il ne fait pas de quartier. Dans la suite de son œuvre, les centres de santé mentale communautaires ne trouvent pas plus grâce à ses yeux que l'aliénisme classique. Au contraire. Il y voit une accentuation du pouvoir de l'État qui vient maintenant jusque dans les écoles et même jusque dans les crèches, sous prétexte de dépistage et de soins précoces, fabriquer au berceau des futurs « malades mentaux ». L'asile avait au moins le mérite d'enfermer les psychiatres avec leurs malades derrière des murs solides. Maintenant les psychiatres sont partout,

préparant une société où nous serons tous traités comme des fous, dûment contrôlés.



## Des fréquentations douteuses

Au fur et à mesure de la montée de sa polémique, Thomas Szasz est apparu comme ce qu'on appelle aux États-Unis un « libertarien », c'est-à-dire un contestataire du pouvoir de l'État. Ce courant, partisan d'une réduction sinon d'une abolition de l'impôt, s'oppose à toutes les politiques sociales, et en particulier à toute forme de Sécurité sociale, au nom de la liberté de l'individu. On ne s'étonnera donc pas des contacts établis par Thomas Szasz avec l'Église de scientologie, fondée par L. Ron Hubbard, initiateur d'une sorte de thérapie morale, la *dianétique*, qui soutient des positions similaires. Thomas Szasz a participé avec l'Église de scientologie à la fondation d'un comité des citoyens pour les droits de l'homme, une organisation internationale militant pour l'abolition de la psychiatrie et qualifiant l'hospitalisation sous contrainte de « crime contre l'humanité ». Les membres de cette Église manifestent régulièrement aux portes des établissements psychiatriques et poursuivent la lutte engagée par Thomas Szasz, mort en 2012.

## Chapitre 7

# L'antipsychiatrie

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Comprendre le contexte dans lequel est née l'antipsychiatrie
  - ▶ Connaître les principaux acteurs de l'antipsychiatrie
  - ▶ Saisir les concepts, les enjeux et l'évolution de l'antipsychiatrie
- 

*Dans tout le monde occidental, la fin des années soixante est une période de turbulences sociales et culturelles. Le mouvement hippie aux États-Unis, les événements de Mai 68 en France remettent en cause de vieilles valeurs. La psychiatrie, dans sa sensibilité habituelle au climat politique, ne pouvait échapper à ce remue-ménage. Elle a subi une secousse d'envergure avec ce qui s'est appelé l'*antipsychiatrie*, un terme forgé en Angleterre mais dont les éclats ont rapidement rejailli sur le continent.*

## *Le terreau*

### *Des influences multiples*

### *Les analyses critiques*

Les analyses critiques de Michel Foucault, de Thomas Szasz, les travaux des sociologues comme Erving Goffman, Thomas J. Scheff ou Robert Castel avaient créé un terrain favorable à la contestation de la psychiatrie, une contestation dans laquelle voulaient s'inscrire, malgré ces critiques, tant le désaliénisme français que la psychiatrie démocratique italienne.

### *Le surréalisme*

Le surréalisme avait donné à la folie un nouveau statut et fait entendre les résonances poétiques du délire.

### *La psychanalyse*

En reconnaissant dans le délire une tentative de guérison, en y voyant la reconstruction d'un monde plus acceptable pour le sujet parce que plus conforme à son désir, en valorisant le travail créatif de la pulsion, la psychanalyse dans certains de ses courants avait participé à une **remise en cause** de la morale victorienne bourgeoise et de l'étroitesse d'une raison appliquée au seul travail industriel et à l'exploitation des richesses naturelles.

### *Jean-Paul Sartre*

Il y avait Jean-Paul Sartre et son plaidoyer pour l'affirmation de la **primauté de l'existence**

**individuelle**, du choix de vie pour échapper aux contraintes sociales, à l'aliénation sous le regard de l'autre.

### *Le mouvement psychédélique*

Il y avait aussi les drogues psychédéliques et les champs d'expériences nouvelles qu'elles paraissaient ouvrir à ceux qui s'aventureraient derrière les poètes dans les **paradis artificiels**.

### *Les communautés thérapeutiques*

Il y avait eu enfin, il y a bien longtemps, toute une tradition anglaise de communautés thérapeutiques. On l'a vu, le Quaker **William Tuke** déjà à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle avait ouvert un lieu d'accueil familial où les fous pouvaient se reposer et regagner leur bon sens avec les conseils éclairés d'hôtes bienveillants. Plus près de nous, **Maxwell Jones** offrait des conditions voisines à d'anciens combattants brisés par la vie pour qu'ils retrouvent entre eux, en s'entraïdant, le goût de la société des autres et le chemin vers un mieux-être.

### *Un combat en ordre dispersé*

C'est sur ce terreau aux couches multiples (et parfois contradictoires) que fleurit l'antipsychiatrie. Il s'agit en fait d'une psychiatrie d'un nouveau genre, un désaliénisme qui se voulait plus radical que les autres dans son entreprise de libération des fous d'une longue oppression entretenue par la psychiatrie classique, ses asiles, ses médecins psychiatres, leurs

« traitements » et leurs diagnostics. Il s'agissait de couper définitivement les liens avec tout ce qui restait d'une référence à un modèle médical.

L'antipsychiatrie était aussi une antimédecine qui par certains côtés renouait avec l'esprit de Molière. À chacun ses ennemis dans un combat voisin : le désaliénisme s'était édifié contre l'aliénisme répressif au nom d'un programme thérapeutique et d'une transformation des institutions existantes ; les Italiens avaient pris pour cible l'hôpital psychiatrique et la société qui l'avait produit ; les antipsychiatres britanniques s'élevaient contre toute idée de thérapie. Allant au combat de manière dispersée, souvent en bisbille les uns avec les autres, au nom de ce que Sigmund Freud a appelé le « narcissisme des petites différences », ils ont perdu en chemin une partie de leurs forces.

## *Les fondateurs*

### *David Cooper*

David Cooper (1931-1986) était un psychiatre né en Afrique du Sud, influencé surtout par le marxisme et l'existentialisme. Comme jadis Harry Stack Sullivan aux États-Unis, il avait obtenu de la direction d'un hôpital londonien la possibilité de tenter une expérience dans un pavillon de taille réduite auprès d'une population de jeunes considérés comme schizophrènes. Pour désigner cette expérience, calquée au départ sur la *communauté thérapeutique* de Maxwell Jones, il lança avec adresse le mot d'*antipsychiatrie*. Ça fait toujours bien dans les médias d'être contre,

surtout en psychiatrie où les critiques et les détracteurs n'ont jamais manqué.

### ***Ronald David Laing***

Originaire quant à lui de Glasgow, Ronald Laing (1927-1989) avait également une formation initiale de psychiatre dans des institutions publiques où l'on pratiquait les thérapies de l'époque : l'électrochoc, la cure de Sakel, la psychochirurgie et les débuts des psychotropes. Insatisfait, il était venu à Londres suivre une formation de psychanalyste, tout en poursuivant des lectures philosophiques : les phénoménologues, Jean-Paul Sartre. C'était un esprit curieux et un homme de grande culture, avec malheureusement une tendance à abuser du whisky. À Londres il s'était installé en pratique privée, tout en poursuivant avec son collègue **Aaron Esterson** une recherche sur les familles de schizophrènes. Le film de Ken Loach, *Family Life*, a été inspiré par ses travaux.



## **Un film pour comprendre la folie**

*Family Life* est un film pédagogique. Janice est en conflit aigu avec ses parents qui lui reprochent ses expériences sexuelles. Abandonnée enceinte par son ami, elle doit, sous leur contrainte, avorter. Elle s'enfonce alors dans la schizophrénie et est hospitalisée. Elle rencontre un jeune psychiatre qui la

comprend et noue avec elle un dialogue. Malheureusement ce jeune médecin s'en va. Laissée aux mains de psychiatres classiques, Janice subit électrochocs et neuroleptiques. Elle finit lamentablement dans un état où chacune de ses tentatives pour communiquer sa détresse est disqualifiée et reçue comme un symptôme, permettant au psychiatre qui présente son « cas » devant des étudiants d'étaler sa science. Le film veut illustrer la stratégie « comment rendre l'autre fou », questionnée par le psychanalyste américain Harold Searles. Il montre aussi, dans la ligne des travaux de l'anthropologue Gregory Bateson et du groupe de recherche sur la communication dans les familles de schizophrènes réuni à Palo Alto en Californie, comment la famille impose au futur malade des paradoxes dont il ne peut sortir qu'en délirant. Le plus célèbre est le *double bind* ou « double contrainte ». Un exemple classique est celui d'une mère dont l'enfant s'approche pour l'embrasser. La mère qui ne supporte pas les contacts intimes se raidit. L'enfant sentant cette réticence s'écarte. La mère dit alors à l'enfant : « Vilain garçon [ou Vilaine fille] tu n'aimes donc pas ta maman. » Dans cette situation impossible, l'enfant ne peut qu'invoquer une force extérieure ou halluciner une voix qui lui dit ce qu'il doit faire ou ne pas faire. Dans la série des paradoxes, on cite aussi souvent cette mère qui a offert deux cravates à son fils, l'une rouge et l'autre bleue. Quand il met la bleue elle lui reproche de ne pas aimer la rouge et réciproquement.

L'abus de ces théories, souvent simplifiées, caricaturées et mises sur le dos de la psychanalyse avec laquelle elles n'ont que des rapports lointains, n'a pas fait de bien aux mères.

Ronald Laing semble avoir assez vite abandonné la réserve imposée à l'analyste par le cadre analytique orthodoxe, qui lui paraissait entretenir une distance et une froideur préjudiciables à un dialogue authentique. Selon l'un de ses analysants devenu un de ses collaborateurs, Clancy Sigal, un écrivain américain qui a laissé un témoignage romancé sur la naissance de l'antipsychiatrie britannique, il confiait volontiers à son client son histoire et ses difficultés personnelles, l'invitait au restaurant, l'entraînait dans des « jeux de mains jeux de vilains » sur le tapis de son bureau et surtout échangeait volontiers avec lui des pintes de bière et des pilules de LSD, alors la drogue magique. S'inspirant de plus en plus de la phénoménologie et de l'existentialisme sartrien, il est passé d'une critique de la psychiatrie à une critique plus large de notre culture, accusant la société occidentale d'étouffer dans l'œuf la créativité de l'enfant, d'imposer des normes raisonnables où l'authenticité de l'individu est écrasée au profit d'une fausse personnalité conformiste, étroitement confinée dans une réponse conditionnée aux règles du savoir-vivre. Cette contestation l'a conduit à voir dans l'expérience psychotique un sursaut de révolte contre cette mutilation et une tentative pour explorer un monde plus frais, plus véridique, plus proche de la réalité originelle que notre univers d'artifices contre-nature. Le retour à un état antérieur à l'imposition des normes sociales, à un état de nourrisson voire à un état prénatal, lui apparaissait nécessaire pour reconstruire son existence sur des bases nouvelles. D'où un souci

de favoriser et d'aider la régression psychotique, jusque vers un état voisin de la transe. Peu à peu, abandonnant son costume trois pièces de psychiatre convenable, il s'est ainsi rapproché des mystiques orientales et a évolué vers une position de gourou.

## *Du pavillon 21 à Kingsley Hall*

### *Le pavillon 21*

Introduire dans l'hôpital public un **germe de désordre** pour lancer un plus grand chambardement, telle semble avoir été l'intention anarchisante de David Cooper. S'appuyant sur une équipe choisie et motivée, il avait décidé de n'exercer aucune contrainte sur les adolescents et les jeunes adultes étiquetés « schizophrènes » qu'il recevait. Chacun devait participer à plusieurs groupes quotidiens – certains visant surtout à établir des relations entre soignants et soignés, d'autres plus orientés vers la réalité concrète et l'organisation de la vie quotidienne dans le pavillon –, ainsi qu'à un certain nombre d'ateliers d'expression. Ce travail s'avéra finalement très proche de la psychothérapie institutionnelle, avec en plus un souci de préparer la sortie par un travail avec les familles et une recherche d'emploi dans la société. Les choses se corsèrent quand les soignants décidèrent de solliciter davantage l'activité des soignés, en renonçant à imposer quoi que ce soit (participation à des ateliers et à des groupes) et surtout en renonçant à assurer l'entretien des locaux ou la distribution de la nourriture en provenance de la cuisine centrale de l'hôpital, laissant aux pensionnaires l'initiative du ménage et des repas. Le pavillon se transforma en

une sorte de bouge rempli d'ordures, au grand scandale des autres services et de la direction. Il fallut opérer une remise en ordre et même se résoudre à distribuer à faibles doses quelques médicaments. Malgré des résultats positifs, au bout de trois ou quatre ans la direction de l'hôpital décida de mettre fin à l'expérience.

### *Un lieu pour régresser en paix*

C'est alors que Ronald Laing, David Cooper, Aaron Esterson et quelques autres, décidés à appliquer sans contraintes extérieures leurs conceptions de la psychose et de son traitement, fondèrent la Philadelphia Association. Elle devait gérer trois lieux d'antipsychiatrie dont le plus connu est Kingsley Hall.

### *Un lieu emblématique*

Depuis la Première Guerre mondiale, Kingsley Hall – une ancienne chapelle située dans un quartier ouvrier – avait abrité, à l'initiative de militantes pacifistes, une école maternelle pour enfants pauvres et un centre social à la fois caritatif, éducatif et récréatif. Des mouvements féministes, des travailleurs en grève s'y étaient rassemblés. Dans les années vingt, Gandhi y avait résidé. À l'abandon, plus ou moins squatté, Kingsley Hall fut loué pour un loyer symbolique et réaménagé par des bénévoles et par les membres de l'association.

### *À la reconquête de soi*

Le lieu fut ouvert à quiconque voulait tenter une expérience de régression dans un milieu de vie communautaire, d'où les médicaments tranquillisants classiques étaient proscrits, mais où circulaient d'autres drogues plus stimulantes, supposées éveiller des potentialités psychiques inconnues. Il ne s'agissait pas d'imposer une quelconque normalité (la normalité étant considérée comme une sorte de maladie sociale), mais de laisser le sujet libre de se retrouver au plus profond de lui-même et de se reconstruire. L'encadrement était assuré par les fondateurs (qui résidèrent un certain temps à Kingsley Hall) ainsi que par des personnes qui, elles-mêmes, voulaient faire une expérience singulière au sein de cette singulière communauté, autant à la découverte d'eux-mêmes qu'en position d'accompagnateurs pour les plus désorientés. Il n'était pas question de diagnostic, encore moins de maladie, simplement d'expérience existentielle plus ou moins riche, plus ou moins douloureuse, plus ou moins réussie.



## **La vierge de l'antipsychiatrie**

Mary Barnes est devenue l'icône de l'antipsychiatrie et l'exemple d'une schizophrène guérie par l'accueil à Kingsley Hall. Elle a laissé un récit autobiographique de son expérience écrit en collaboration avec Joseph Berke, un jeune psychiatre américain qui l'a suivie pendant sa résidence. On peut discuter le diagnostic, on ne peut pas discuter la sincérité et l'engagement des deux

auteurs. Mary Barnes avait fait des études d'infirmière après une adolescence difficile, marquée par une haine de son corps et de sa féminité. Envoyée comme infirmière pendant la guerre en Égypte puis en Palestine, elle s'y était convertie au catholicisme – elle était d'origine anglicane – au point de vouloir entrer au Carmel à son retour. Au lieu du couvent, elle connut l'hôpital psychiatrique pour un premier épisode d'anorexie grave et de repli sur soi. Qualifiée déjà de *schizophrène*, elle subit électrochocs et cures d'insuline. À sa sortie, se retrouvant seule (ses parents avaient émigré en Afrique du Sud), elle réussit à se faire admettre comme hôte dans un couvent. Une religieuse lui conseillant de faire une analyse, elle rencontra Ronald Laing à qui elle s'attacha passionnément, mais qui refusa de la prendre en cure. Il lui proposa à la place une entrée à Kingsley Hall. Elle y emménagea dès l'ouverture et y resta jusqu'à la fermeture, essayant d'occuper toute l'institution dont elle aurait voulu être la seule résidente. Son projet, conforme au programme de Ronald Laing dont elle cherchait par tous les moyens à capter l'attention, fut de « descendre jusqu'à sa naissance et au-delà et remonter bien d'aplomb ». Devenue comme un fœtus dans le ventre de sa mère, elle ne s'alimenta plus que par sonde et réclama aussi une sonde urinaire. Elle devint squelettique, inquiéta tout le personnel et ne céda qu'à une admonestation de Ronald Laing. C'est dans cet état que la trouva Joseph Berke, à qui Ronald Laing l'avait

confiée. Elle transformera son thérapeute en esclave et exigera sa présence constante, jour et nuit. Elle joue avec ses selles et en enduit les murs, répandant une puanteur pénible dans toute la maison. Ronald Laing aurait simplement remarqué devant les murs maculés : « C'est beau mais ça manque de couleur. » Avec l'aide de Joseph Berke, elle se met alors à peindre des fresques envahissantes qui ornent tous les murs. Peu à peu, au fil des années, Joseph Berke parvient à la sevrer. Elle accepte d'aller le voir chez lui, seulement deux fois par semaine. Un autre psychiatre arrive, Morton Schatzman. Il l'aide à s'intéresser aux autres résidents et prépare sa sortie, relayée par un séjour dans un couvent bouddhiste. Devenue un peintre de renom, héroïne d'une pièce à succès qui retrace son histoire, Mary Barnes a consacré le reste de sa vie à des conférences dans le monde entier sur son expérience. Elle a cofondé avec Joseph Berke et Morton Schatzman l'association Arbours, qui a pris le relais de Kingsley Hall, et a fini ses jours en 2001 dans un petit village d'Écosse. Cette histoire d'une « emmerdeuse » évoque au lecteur frotté de psychanalyse plus la grande hystérie que la schizophrénie. Elle fait surtout songer à ce que Sigmund Freud appelait « amour de transfert », une relation d'amour fou du patient vis-à-vis de son thérapeute, qui rappelle celles qu'entretenaient les patientes de Jean-Martin Charcot avec le maître.

*Un lieu in*

Grâce à l'entregent de Ronald Laing, devenu célèbre comme une vedette de télévision, Kingsley Hall attira les visiteurs. On y vit Sean Connery, Maxwell Jones, la psychanalyste française Maud Mannoni. Certains jeunes psychiatres de Grande-Bretagne et des États-Unis vinrent y parfaire leur formation. C'était devenu l'un des foyers de la **contre-culture** des années soixante-dix.

### *Un lieu out*

En même temps Kingsley Hall était assez mal vécu par le voisinage qui s'interrogeait sur ces bandes de hippies dépenaillés, allongés à même le sol, dormant le jour et faisant bruyamment la fête la nuit. Des bandes de gamins lancèrent des pierres aux fenêtres, des plaintes furent déposées. Ronald Laing tenta d'utiliser son charisme pour expliquer au cours de journées portes ouvertes les buts de cette communauté. Il ne fut guère suivi.

### *Des tensions internes*

Des conflits éclatèrent alors au sein de l'équipe gestionnaire entre ceux qui plaidaient pour une liberté totale et ceux qui réclamaient un peu d'ordre. Kingsley Hall donnait ainsi l'exemple des problèmes et des tensions que devait traverser un certain nombre d'expériences similaires. Comme beaucoup d'autres expériences du même type, celle-ci ne dura pas longtemps.

### *La fin*

Après cinq années, Kingsley Hall ferma. C'est aujourd'hui redevenu un centre social et culturel, siège notamment de la fondation Gandhi. Parti en année sabbatique en Extrême-Orient, Ronald Laing revint détaché de l'antipsychiatrie et se lança dans le *rebirth*, une formation au développement personnel qui visait à faire expérimenter en groupe une expérience de renaissance physique et spirituelle. Il mourut subitement en 1989. David Cooper, invité à Paris, au décours des années soixante-huit, enseigna un temps à Vincennes et parcourut le monde pour défendre au-delà de l'antipsychiatrie une *non-psychiatrie*, sorte d'idéologie confuse où dominait le refus de la famille considérée comme un relais de la société capitaliste pour exercer sur l'enfant une répression féroce. Il prônait la vie en communauté, l'amour à plusieurs, appelait à délirer tous en chœur et, valorisant l'animalité dans l'homme, remettait en cause jusqu'à l'institution du langage, qui selon lui écrasait de ses règles l'émergence d'une pleine individualité telle qu'elle pouvait se manifester à travers des néologismes ou même des borborygmes. Son dernier livre est une apologie de l'incohérence, peut-être liée à son alcoolisation croissante qui devait l'emporter en 1986.

### *Les survivances*

Après le retrait assez pitoyable de ses fondateurs, l'antipsychiatrie n'en a pas moins survécu et est restée, malgré ses dérives, un mouvement intellectuel important de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle. En Angleterre, si Kingsley Hall a disparu, la **Philadelphia Association** continue, ainsi qu'une autre association d'inspiration

voisine, **Arbours**, à gérer des communautés et des centres de crise pour personnes en difficulté psychique. Le souci thérapeutique y a retrouvé droit de cité. Ces deux associations assurent aussi des formations de psychothérapeutes reconnues officiellement. Rétablie de ses flamboiements et de ses excès, une antipsychiatrie assagie et plus discrète garde de son influence.

## *Les effets à distance de l'antipsychiatrie*

### *En France après Mai 68*

Point de départ et lieu principal de la contestation étudiante et plus globalement culturelle de Mai 68, la France ne pouvait rester insensible à l'antipsychiatrie. Contemporaine du développement d'un secteur psychiatrique lui-même marqué par l'héritage de la psychothérapie institutionnelle, l'antipsychiatrie devait trouver un terrain favorable auprès d'équipes jeunes pour la plupart et encore dans l'enthousiasme de leurs débuts.

### *Quelques grands principes*

L'antipsychiatrie, avec ses succès médiatiques, a donné une plus grande visibilité à un certain nombre de principes déjà au cœur de la pratique désaliéniste de secteur :

✓ **l'intérêt du groupe**, du partage de la vie quotidienne des soignants et des soignés, dans une ambiance conviviale, aussi peu hiérarchisée que possible ;

- ✓ l'importance de « **requalifier** » **les soignés** en reconnaissant du sens à leurs paroles, en ne réduisant pas leurs « symptômes » à un déficit, mais en entendant dans ces symptômes un effort personnel pour se rétablir comme sujet ;
- ✓ la nécessité de leur laisser une part active dans l'organisation et la **gestion commune** du lieu de vie ou de rencontre, de manière à renforcer leur estime de soi attaquée par la maladie et majorée par la condition de malade réceptacle des soins.

### *De petites structures*

Pour sortir de l'anonymat des grands hôpitaux et de la bureaucratie inhérente à leur fonctionnement, l'antipsychiatrie a fortement inspiré la mise sur pied de petites structures dites intermédiaires. Des petits hôpitaux de jour se sont installés dans des maisons ou des appartements de ville aussi banalisés que possible. Des appartements thérapeutiques se sont organisés en réseaux où les rapports pouvaient être personnalisés et rendus plus égalitaires, sortis du modèle standard de la relation du médecin prescripteur au malade docile.

### **Les lieux de vie**

Un aspect particulièrement original est représenté par les lieux de vie, gérés le plus souvent par des associations à but non lucratif.

Certains ont pris la forme de **placements familiaux**, rappelant par certains côtés l'expérience historique de Gheel. Dans l'ambiance post-soixantehuitarde d'un retour

écologique à la nature, des professionnels se sont installés en couple ou en communauté à la campagne, dans de petites exploitations agricoles. Ils complétaient leurs revenus par l'accueil permanent, ou pour des séjours ponctuels dits de rupture, de malades mentaux. Ces malades étaient le plus souvent des personnes souffrant d'une pathologie chronique, ayant un long passé hospitalier et tentant une réadaptation sociale. La médiation d'un travail en commun de restauration de vieux mas ou d'élevage de moutons et de chèvres permettait de renouer un dialogue avec des sujets souvent enfermés dans la passivité et le silence.

D'autres, en ville, se sont organisés sur le mode de **communautés thérapeutiques**, semblables aux communautés anglaises. Plus loin de la mode et d'une volonté idéologique d'incarner une contre-culture agissante, ces communautés ont surtout cherché, dans la tradition de la psychothérapie institutionnelle, à utiliser la vie quotidienne comme instrument thérapeutique. Elles ont eu pour objectif premier de donner du sens aux échanges avec des résidents, rendus actifs et autonomes par une participation effective à la gestion du lieu de vie. Elles ont voulu ainsi, par un travail d'analyse en groupe, faire droit aux émotions, aux désirs, aux fantasmes qui sous-tendaient ces échanges, dans le but de réanimer une vie psychique souvent enfermée dans le délire ou les stéréotypies.

### **Là aussi des dérives**

Pour laisser une place à l'initiative de chacun et solliciter la créativité des soignants et des soignés,

ces institutions ont entretenu un certain aspect « lacunaire », non fini, ouvrant sur des projets de transformation permanente au gré des utilisateurs. Leur précarité et leur fragilité voulue expliquent alors certaines dérives.

➤ Sous prétexte de libérer les sujets en difficulté psychologique de la tutelle médicale et de s'affranchir eux-mêmes du pouvoir des médecins jugé exorbitant, d'autres professionnels, des psychologues, des éducateurs, ont exploité dans une perspective corporatiste les vieux démons antimédicaux présents depuis toujours dans l'opinion publique. Se réclamant pour certains de la psychanalyse, ils ont cru voir dans l'antipsychiatrie poussée à l'extrême un moyen efficace de conquête d'un champ où la psychiatrie, sous ses nouveaux visages, tentait selon eux de maintenir son emprise. Leur antipsychiatrie s'est alors élevée contre la psychothérapie institutionnelle et le secteur, dénoncés comme une hypocrite récupération de pouvoir par le corps médical. Cette volonté de **démédicaliser les troubles psychiques** a eu pour conséquence négative de mettre en danger la prise en charge par la Sécurité sociale des thérapeutiques psychiatriques, en suggérant aux gestionnaires que ces thérapeutiques, n'ayant plus rien de médical, n'avaient plus aucun titre à bénéficier des budgets de la santé.

➤ Se considérant comme une famille substitutive de meilleure qualité que la famille d'origine, les institutions d'inspiration antipsychiatrique, reprenant l'idéologie antifamiliale de David Cooper développée également par des philosophes et certains psychanalystes, ont parfois attribué unilatéralement à la **famille** l'origine exclusive des troubles de leurs clients. D'où

une série de malentendus qui perdurent et empoisonnent les rapports entre les soignants et les parents.

✓ Le petit groupe communautaire, quand il reste fermé sur lui-même, peut prendre facilement des allures de **secte**, surtout s'il est placé sous influence par un *leaderr* charismatique. Un langage secret s'y développe, accessible aux seuls initiés. Le monde extérieur, tenu pour globalement mauvais et corrompu, est mis à distance. La destinée de certaines institutions intermédiaires à référence antipsychiatrique, closes sur leurs certitudes, a illustré ce repli. Elles n'ont généralement pas survécu à la disparition ou au retrait de leur *leader*.



## Le prophète des Cévennes

Personnage attachant, poète, conteur, philosophe, Fernand Deligny était un instituteur qui avait travaillé dans une clinique de psychothérapie institutionnelle et participé à l'organisation de colonies d'accueil pour adolescents très perturbés. Il s'était retiré dans un mas cévenol avec Janmari, un autiste sans langage qui partageait sa vie. Fernand Deligny soutenait que l'autiste était un être supérieur par son refus du langage. Il ne fallait surtout pas lui parler, le suivre dans les chemins qu'il dessinait dans la montagne, ni non plus chercher à donner un sens quelconque à

ses pérégrinations, ni chercher à lui inculquer une maîtrise de son corps et à lui faire acquérir une autonomie de sujet. Noyé dans sa soue, revenu quasiment à l'animalité comme le héros de Michel Tournier dans *Vendredi ou les limbes du Pacifique*, l'autiste témoignait de l'existence d'un monde naturel, insensé, sur lequel le langage avait surimposé des artifices dont il fallait se libérer. La magie de ce discours entraîna à sa suite un certain nombre d'éducateurs et de psychologues, qui constituèrent autour de Fernand Deligny, en rénovant des habitations désertées, un réseau de lieux de vie pour handicapés mentaux. Ces « lieux d'antipsychiatrie » n'ont en général pas résisté au temps et à la disparition du prophète qui les avait suscités... ou alors se sont transformés en placements familiaux plus classiques et plus raisonnables.

## *Ailleurs*

### *L'Italie*

Rendue orpheline par la fermeture brutale et générale des hôpitaux psychiatriques, l'Italie a découvert les limites de la psychiatrie démocratique et du recours à la seule tolérance et bienveillance des citoyens pour accueillir, héberger et soigner des malades qui restaient, quoi qu'on fasse, des malades mentaux. On ne peut pas nier d'un trait l'existence de la folie. Le pays a donc multiplié sur un **mode associatif** les communautés thérapeutiques, au point de devenir

le pays d'élection de cette modalité de soin. Certaines ont utilisé surtout des méthodes éducatives, enseignant le contrôle des symptômes et une manière de se bien conduire en société. D'autres se sont référées davantage à une optique psychologique dynamique, analogue à celle des communautés françaises où dominant la recherche du sens et l'attention à la vie psychique des résidents.

*La Belgique, la Suisse, le Québec, les États-Unis, etc.*

Il n'est pas question ici de faire une revue générale, pays par pays, des réalisations communautaires. Elles sont nombreuses et variées avec de non moins nombreuses ressemblances. Certaines s'inspirent davantage de la théorie des systèmes (une approche centrée sur les interactions actuelles entre individus plus que sur ce qui se passe ou s'est passé dans leur tête). D'autres insistent sur le concept moderne de *rétablissement*, dont il sera question plus loin et qui laisse une plus grande place à l'aide que s'apportent entre eux malades et anciens malades pour organiser leur vie de manière positive.

### *Alerte au lecteur*

Vous devez vous dire qu'ils sont bien compliqués ces psychiatres, jamais d'accord entre eux, parfois aussi fous ou plus fous que leurs malades. Leurs histoires n'ont pas l'air sérieuses et se situent à des années-lumière d'une médecine de plus en plus scientifique, fondée sur des preuves et un consensus entretenu par des études documentées.



## L'expérience de David L. Rosenhan

Afin de prouver la fragilité des diagnostics psychiatriques, un psychologue américain, David L. Rosenhan, eut l'idée diabolique de faire hospitaliser des compères dans huit hôpitaux psychiatriques différents. Ils avaient pour consigne de déclarer entendre deux mots : *holloww* (« creux ») et *thud* (« bruit sourd ») et, pour le reste, de raconter simplement leur vie. Une fois hospitalisés, ils devaient se comporter normalement et ne plus faire état de leurs « hallucinations ». Ils reçurent tous un diagnostic, la plupart de schizophrénie, l'un de psychose maniaco-dépressive. Certains firent un séjour de trois mois et on leur ordonna des neuroleptiques (dont ils se défirent adroitement). Ils sortirent avec la mention « en rémission ». L'affaire, publiée dans une revue prestigieuse, fit grand bruit. De plus en plus diabolique, David L. Rosenhan annonça qu'il allait hospitaliser de faux patients dans une clinique qui lui avait lancé un défi et lui avait déclaré ne pas pouvoir être trompée. À l'insu de la clinique, il n'envoya personne. Les médecins de la clinique, qui s'attendaient à devoir déceler un subterfuge, considérèrent comme constitué de « faux patients » un

pourcentage appréciable de leurs nouveaux clients.

C'est justement ce que se sont dit beaucoup de gens, pas forcément ceux qui étaient directement concernés, mais les autorités sanitaires, les familles qui s'estimaient injustement mises en cause et culpabilisées et jusqu'aux citoyens *lambda*. D'où une réaction. L'antipsychiatrie a suscité une anti-antipsychiatrie, la révolution (si révolution il y a eu) a entraîné une contre-révolution et une restauration.

## Chapitre 8

# La restauration

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Analyser les arguments des détracteurs de la psychiatrie
  - ▶ Comprendre les principaux chevaux de bataille de la psychiatrie pour contrer les critiques
  - ▶ Maîtriser les principes fondamentaux du DSM
- 

Comme toujours c'est des États-Unis qu'est venu le premier signal de la crise qui allait traverser la psychiatrie en réaction à l'antipsychiatrie et à ses excès.

### *Psychiatres, gardez-vous à gauche, gardez-vous à droite*

Autour de 1980, la psychiatrie américaine a subi des attaques majeures. On a parlé d'une discipline en « état de siège » et le magazine *Time* a fait sa couverture de la « dépression des psychiatres ».

### *À gauche*

On a entendu s'annoncer les critiques des philosophes et des sociologues dénonçant le « mythe de la maladie mentale ». La **contre-culture de Greenwich Village** s'est enflammée pour l'antipsychiatrie, surtout dans ses excès psychédéliques. Le **mouvement des droits civiques**, qui défendait les Noirs et toutes les minorités, s'est lancé aussi dans la protection des malades mentaux contre l'oppression supposée des psychiatres dits classiques. Les **gays**, qui cherchaient à obtenir une plus grande reconnaissance, ont réclamé leurs droits comme minorité sexuelle et ont attaqué vigoureusement ceux, parmi les psychanalystes et les psychiatres, qui continuaient à voir dans l'homosexualité une maladie ou une perversion. Les **féministes** enfin n'ont pas été en reste. Sigmund Freud avait déclaré que la sexualité féminine restait pour lui un mystère. Elles se sont déchaînées contre le freudisme et les psychiatres qui s'en inspiraient, qu'elles ont accusés de se référer à une idéologie machiste et de réduire la femme à un homme châtré en vaine quête de réparation. Elles ont vu dans ceux qu'elles ont appelés les *headshrinkers* (les « réducteurs de tête ») les ennemis jurés des femmes.

### *À droite*

À droite, on s'est montré plus pragmatique. La psychiatrie coûtait cher, surtout depuis que John Fitzgerald Kennedy avec ses centres de santé mentale communautaires l'avait rattachée au budget fédéral. Avant lui les hôpitaux psychiatriques dépendaient du budget des États, ces hôpitaux psychiatriques que Ronald Reagan avait déjà cherché à supprimer en Californie, quand il en était le gouverneur – il aurait dit alors que c'était la chaîne d'hôtels la plus chère et la

moins confortable du pays ! Puisque la gauche et les psychiatres eux-mêmes reconnaissaient leur inefficacité, pourquoi les garder ? On s'est enthousiasmé pour leur **fermeture** (la *désinstitutionalisation*, un mot aussi long et aussi lourd en anglais qu'en français), mais sans les remplacer par autre chose. De la psychiatrie on a voulu faire table rase. S'il y avait des gens riches, assez masos pour aller gaspiller leurs sous sur le divan d'un psychanalyste ou dans le bureau d'un psychothérapeute, tant mieux pour les psys, mais cela ne devait plus concerner le budget national, encore moins celui des assurances privées. Les généralistes, et même, dans certains États, les psychologues ou les infirmiers, suffisaient pour prescrire des médicaments. Les compagnies pharmaceutiques et les compagnies d'assurances se sont mises à négocier les coûts, au mieux de leurs intérêts respectifs, abandonnant à la rue et à la charité privée les délirants improductifs, abandonnant les dangereux à la prison.

### *Des attaques plus subtiles*

D'une manière plus générale, la société tout entière a demandé des résultats concrets, chiffrés et rapides.

La psychiatrie des années soixante et soixante-dix, avec son attention centrée sur le sens des symptômes, son souci de démêler ce qui se passait dans la tête des clients, prenait trop de temps au personnel, à la fois pour se former et pour soigner. Ses effets, toujours individuels, étaient difficiles à mesurer à l'échelle de populations. La psychanalyse, jusque-là à la mode aussi bien dans les romans, les films, les médias, que dans le champ de l'éducation et de la thérapie, a perdu de

son actualité. Elle a déçu en ne réalisant pas le rêve de bonheur sans conflits de la société américaine, traversée depuis ses débuts par un espoir messianique. Cette aventure individuelle, avec ses théories abstruses, ses formations de très longue durée, ses résultats difficilement transposables d'un cas à un autre, a pris un côté *vintage*, sinon franchement ringard. La « réalité psychique », ce monde intérieur fait de sentiments troubles, de désirs inavoués, de fantasmes obscurs propres à chacun, n'a plus eu de place dans un monde tourné vers la **réussite d'individus** assimilés à de petites autoentreprises rationnelles, tournées vers la production du bien-être maximum.

L'époque a valorisé des **techniques codées**, faciles à évaluer, facilement et rapidement transmissibles. Foin des petits détails, du travail artisanal. Vive la série. Un marché s'est ouvert où les méthodes de *coaching* et d'éducation comportementale se sont répandues en se concurrençant. Les thérapies sont rentrées dans le jeu. Aujourd'hui, souvent, quand quelque chose déraile dans le fonctionnement mental et risque de réduire la productivité, il s'agit de vite localiser le défaut de la mécanique et de le corriger, au moins temporairement, plutôt que de chercher à comprendre globalement une défaillance inscrite dans une histoire personnelle.

Ajoutez à cela la **colère des familles** mises en cause de manière plus que discutable par des psychanalystes, des systémiciens ou des antipsychiatres à côté de la plaque.

Ajoutez-y aussi la **pression des laboratoires pharmaceutiques** dont l'odorat a été chatouillé par la promesse d'un immense marché : la pilule de la tranquillité sociale et du bonheur individuel pour tous. Vous aurez les ingrédients d'une condamnation sans appel de la forme de psychiatrie qui s'était développée dans une proximité avec les sciences humaines, depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale.

## *Les psychiatres sauvent les meubles*

Menacés dans leur existence professionnelle, les psychiatres américains ont alors eu une réaction de survie exemplaire, qui a gagné ensuite progressivement l'ensemble du monde occidental et au-delà. À travers Sigmund Freud mais pas seulement (il y avait aussi, comme inspiratrices, on l'a vu, la phénoménologie et la psychologie sociale), la psychiatrie de la « révolution » des années soixante à quatre-vingt-dix cherchait à renouer avec l'idéal pionnier de Philippe Pinel et de Jean-Étienne Esquirol. Dès 1980, aux États-Unis, un peu plus tard en Europe, la majorité a cherché le salut dans la restauration du modèle d'Emil Kraepelin – vous savez, ce psychiatre allemand qui avait peur des malades et qui fut l'auteur d'une classification devenue internationale.

### *Le credo kraepelinien*

Le credo kraepelinien consiste à affirmer fortement l'**appartenance de la psychiatrie à la médecine**. Il proclame que la maladie mentale n'est pas un mythe, ni un fait de culture. Il assure qu'il est faux de prétendre que ce qui serait

morbide au Nord ne le serait plus au Sud. La maladie mentale est un fait de nature comme la poliomyélite, la variole ou le cancer. Il y a une frontière entre le normal et le pathologique. Le psychiatre ne traite pas des gens simplement malheureux ou en conflit avec eux-mêmes sur une décision à prendre ou sur la direction à donner à leur existence, il traite de vrais malades.

Le credo kraepelinien consiste encore à entretenir un espoir : l'on va trouver rapidement une **confirmation biologique** des affirmations précédentes, par l'individualisation d'une lésion ou d'un dysfonctionnement de l'organisme. Il conduit donc à privilégier des recherches biologiques afin de faire taire les critiques et d'obtenir rapidement une aura comparable à celle des autres disciplines médicales.

Il oriente enfin la formation des psychiatres non pas vers le développement de l'empathie et de la clinique fine du cas individuel, mais vers l'**appréciation des études épidémiologiques** ainsi que vers l'**apprentissage des échelles** qui servent à mesurer l'intensité des symptômes, tout en évaluant de manière quantitative l'effet de traitements standardisés dont l'objectif premier est de normaliser le plus rapidement possible le comportement.

### ***Le besoin d'un diagnostic fiable***

Les antipsychiatres et ceux qu'ils avaient inspirés ou qui se reconnaissaient une parenté avec eux mettaient en doute l'intérêt d'un diagnostic. Quand il s'agissait chez les plus extrémistes de soutenir un sujet dans sa régression ou dans sa

transe, dans son « transport spirituel » vers un autre monde mental, le diagnostic de schizophrénie, de délire oniroïde, de paranoïa ou d'hystérie n'avait aucune importance. Il n'en avait pas davantage chez les plus modérés quand il s'agissait d'aider quelqu'un, dans une psychothérapie ou à travers l'expérience communautaire, à échapper à ses idées de persécution et à renouer un contact apaisé avec la réalité. Les médicaments psychotropes n'ayant qu'un effet symptomatique, il suffisait pour les prescrire de reconnaître quelqu'un agité, halluciné, anxieux ou déprimé, sans aller beaucoup plus loin dans les catégories diagnostiques. Les temps ont bien changé.

À partir du moment où l'on veut faire sérieux, il faut prendre pour devise la phrase de Robert Spitzer, un psychiatre américain : « Quand on établit un programme thérapeutique, on doit commencer par une évaluation diagnostique. » Il faut aussi se montrer plus exigeant dans cette évaluation et nommer un trouble d'une manière qui se rapproche du diagnostic médical.

Pour autoriser la mise sur le marché d'un nouveau médicament ou d'une nouvelle technique thérapeutique, les agences officielles demandent en outre qu'on compare ces produits ou ces techniques nouvelles aux médicaments ou aux techniques existants et qu'on prouve leur supériorité. Il devient alors nécessaire de faire des groupes de malades souffrant approximativement de la même maladie, de donner un médicament à un groupe, un autre à un autre, ou de soumettre deux groupes aux deux techniques différentes et de mettre en regard les résultats. Un même

diagnostic de départ est indispensable afin que la comparaison soit possible.

Les agences gouvernementales veulent d'autre part connaître la répartition des troubles de manière à pouvoir faire des prévisions budgétaires, à savoir combien il y a de schizophrènes ou de mélancoliques ou encore d'autistes dans telle circonscription.

Enfin une évolution sociale liée à la diffusion de l'information et à un certain goût pour la standardisation fait que les malades eux-mêmes et leurs familles réclament un diagnostic. Ils ont besoin, pour se sentir en sécurité, de savoir que le traitement qui leur est proposé est homologué pour tel diagnostic.

Tous ces facteurs cumulés ont rendu le diagnostic nécessaire. Pas tellement pour la démarche thérapeutique elle-même, qui encore aujourd'hui reste largement dépendante des facteurs individuels et garde encore, on peut l'espérer, même dans les méthodes les plus standardisées, un reste de « sur-mesure ». Surtout pour l'image que la psychiatrie, malmenée par l'antipsychiatrie, a essayé de donner d'elle.

### ***La nécessité d'une nouvelle classification***

Les classifications existantes sont alors apparues insuffisantes. Elles étaient peu fiables et des études avaient montré que, lorsqu'on soumettait un même cas à un panel de psychiatres, on obtenait souvent des diagnostics différents. Cela tenait à plusieurs éléments :

➤ Les diagnostics étaient infiltrés de **théories**. Les psychiatres, quand ils posaient des diagnostics, s'intéressaient plus au processus, au mécanisme sous-jacent qu'ils ne pouvaient reconstruire qu'à l'aide d'une théorie sur ce qui se passait dans la tête des malades. On a vu quel progrès cela avait représenté dans l'approche et le traitement de ces malades. L'ennui c'est qu'il y avait beaucoup de théories concurrentes et que, dans ce domaine difficilement objectivable, difficilement mesurable (ce que vous ressentez, ce que je ressens en vous écoutant me raconter ce que vous ressentez, etc.), il était difficile de faire triompher une théorie sur une autre. D'où la décision de produire une **classification sans théorie**, c'est-à-dire de revenir à l'objectivisme kraepelinien : ne tenir compte que de ce qui se voit en surface et sur quoi tout le monde peut être d'accord.



## Un exemple de trouble phobique

Supposez une personne qui, chaque fois qu'elle voit un de ces charmants petits rongeurs, une souris, monte sur une table, en hurlant de panique. Un psychanalyste vous dira que cette personne a déplacé sur cet animal inoffensif une angoisse liée à un fantasme inconscient ayant trait d'une manière ou d'une autre à son développement sexuel. Un comportementaliste pourra vous rappeler

l'expérience faite par John Broadus Watson, le père du comportementalisme, sur le petit Albert, un enfant d'un an. On présentait à Albert des petites boules de coton et, à chaque présentation, on donnait un grand coup de barre sur les montants de son lit, ce qui faisait sursauter l'enfant. Après un certain nombre de chocs de ce genre, Albert s'agitait et criait chaque fois qu'on lui présentait un objet pouvant rappeler la boule de coton et, pourquoi pas, une petite souris. Il était conditionné. Un neurophysiologiste d'aujourd'hui mettra en cause la fragilité d'un circuit cérébral particulier. Mais tous s'accorderont sur le diagnostic de *trouble phobique*.

- ✓ Les **catégories** étaient **trop vagues**, trop larges et mal définies, elles laissaient trop de liberté au diagnostiqueur. Il fut donc proposé d'en ajouter de nouvelles et de les subdiviser en un grand nombre de sous-catégories avec des listes de critères précis que le psychiatre pouvait cocher les uns après les autres. Ce n'est plus l'impression générale, le ressenti qui conduisait au diagnostic, mais le nombre de critères remplis sur une fiche.
- ✓ Enfin les classifications existantes ne permettaient pas de préciser quelle dimension on prenait en compte : celle des symptômes, celle de la personnalité sous-jacente aux symptômes, celles des maladies physiques éventuellement associées, des conditions sociales dans lesquelles le malade se trouvait, le degré d'inconfort que ses troubles lui occasionnaient. D'où la nécessité de **spécifier plusieurs axes**.

C'est ainsi que fut développée, après des conférences d'experts et des essais sur le terrain, une classification :

- ✓ **athéorique** : se voulant purement descriptive sans tentative d'explication d'aucune sorte ;
- ✓ **critérisée** : fondée sur une liste de critères permettant l'inclusion dans une catégorie ;
- ✓ **multiaxiale** : utilisant l'axe de symptômes, l'axe de la personnalité, l'axe des signes physiques associés, l'axe des facteurs sociaux, l'axe du degré d'adaptation de l'individu pendant l'année écoulée.

Cette classification fut nommée *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (en anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), le DSM.

## ***La psychiatrie selon le DSM***

### ***L'extension du domaine du DSM***

Au départ, le DSM troisième du nom (il succédait à deux tentatives préalables beaucoup plus modestes) ne devait être qu'un simple instrument pour permettre des recherches quantitatives et des évaluations de traitement. Il a été adopté par les compagnies d'assurances pour justifier ou non leurs prises en charge et connut très vite un immense succès. Il a largement influencé la classification internationale de l'Organisation mondiale de la santé (CIM), dont les objectifs étaient purement scientifiques – la répartition des maladies dans le monde, ce qu'on appelle l'épidémiologie. Il a peu à peu modifié la formation des psychiatres et l'exercice de la

psychiatrie, en réaction à l'antipsychiatrie et, d'une manière plus générale, à la psychiatrie d'inspiration humaniste qui l'avait précédée.

### ***De la révolution à la restauration***

C'est en ce sens que, si les années soixante à quatre-vingt-dix ont pu être qualifiées de « révolution », on peut parler à propos du DSM de « restauration ». Car c'est bien de cela dont il s'agit : du retour à une psychiatrie qui cherche, comme dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle et dans la première moitié du XX<sup>e</sup>, à se conformer aussi étroitement que possible au modèle de la médecine du corps afin de bénéficier de son prestige.

### ***Une standardisation***

Cette psychiatrie, contrairement à la psychiatrie du dialogue qui avait dominé les décennies précédentes, fait une place beaucoup plus grande aux méthodes protocolisées, validées par des études, à l'allure plus scientifique. S'agit-il d'une vraie ou d'une fausse science qui se pare abusivement d'un vernis scientifique ? La question reste ouverte. Appuyée par la Haute autorité de santé et les pouvoirs publics, elle a la faveur des médias, donc de l'opinion et aussi d'un certain nombre d'associations d'usagers qui avaient perdu confiance dans des professionnels parfois laissés abusivement à la seule inspiration du moment et à une spontanéité impressionniste : le « tout est bon » ou le « n'importe quoi ». Elle s'impose de plus en plus, non sans susciter l'insatisfaction de ceux, soignants ou soignés, qui ont connu une période plus créative où tant la formation que le soin ne consistaient pas à

appliquer un programme standard, mais à aider chacun à exprimer ses potentialités, sa richesse personnelle et à développer son imagination.

### ***Les limites de la restauration***

La restauration n'a pas pu cependant effacer définitivement l'élan révolutionnaire. Quelque chose est resté de ce qui avait été acquis. On ne revient jamais tout à fait en arrière. L'histoire a continué son chemin avec son lot d'événements, de nouvelles idées et d'acquisitions nouvelles. Une fois appliqué, le DSM a montré ses limites et ses imperfections. Il a donc dû être révisé. DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR – le R voulant dire *révisé* – se sont succédé, avec des modifications souvent marginales. Tout récemment le DSM-V a prétendu apporter des modifications plus profondes. À peine en usage, il est déjà fortement critiqué et ces critiques pourraient annoncer une nouvelle révolution.

## Deuxième partie

# Troubles et processus



*Dans cette partie...*

Aujourd'hui dominée par le DSM, la psychiatrie reconnaît une foule de troubles divers dans lesquels le non-spécialiste (et peut-être le spécialiste) risque de se perdre. On essaiera dans cette partie de simplifier. Après un chapitre consacré aux tensions qui continuent d'animer la psychiatrie, on décrira la dépression, les troubles

névrotiques et anxieux, la schizophrénie, la paranoïa et l'autisme. Ce sont les principaux troubles mentaux répertoriés. À chaque fois on essaiera de donner une description objective purement symptomatique avec quelques éléments de traitement et un résumé des hypothèses éventuelles sur leur origine. On complétera par une tentative de plongée dans la profondeur du vécu subjectif de celui qui est affecté par ces troubles. La psychiatrie, malgré les pressions pour lui faire intégrer totalement le champ de la médecine, ne peut en effet s'abstraire d'une prise en compte de la personne de celui qui souffre et qui a recours, volontairement ou involontairement, aux services des psychiatres.

## Chapitre 9

# Une psychiatrie plurielle

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Analyser les différentes tendances de la psychiatrie
  - ▶ Comprendre les contradictions et les nuances de la psychiatrie
  - ▶ Saisir la richesse de la discipline psychiatrique
- 

La psychiatrie est restée plurielle, malgré la réussite du DSM qui prétendait lui imposer un langage unique afin de lui permettre d'obtenir une homogénéité analogue à celle des autres spécialités médicales. Un diabète est partout un diabète et on le soigne en gros de la même manière dans tous les pays du monde, si l'on en a les moyens... jusqu'à ce qu'on trouve mieux. Un trouble mental, contrairement au credo kraepelinien, reste au moins en partie déterminé par l'ambiance sociale et culturelle dans laquelle il se développe. Certaines figures pathologiques ont un visage presque aussi régulier que les maladies physiques, quasi indépendant de cette ambiance : l'autisme infantile typique, l'accès mélancolique franc. Mais leurs formes atténuées se perdent dans un brouillard, ont un flou qui les rapproche de la normalité environnante. La

frontière entre le normal et le pathologique varie alors selon la tolérance sociale et selon le besoin plus ou moins grand de certains sujets à la marge d'acquérir une identité plus ferme et des avantages sociaux en obtenant un diagnostic qui les définit comme différents. Ce qui fait symptôme ici paraît normal ou presque ailleurs. Surtout la réponse thérapeutique, en dépit des pressions pour une « mondialisation », peut varier d'un endroit à un autre.

## *La psychiatrie, une discipline duelle*

### *Deux tendances*

En psychiatrie, on l'a vu, deux grandes tendances continuent de s'affronter : une **tendance dite anthropologique** (de *anthropos*, « l'homme » en grec), tournée globalement vers l'histoire de la personne en situation dans le monde avec ses désordres et aussi ses richesses, et une **médecine du cerveau**, des dérapages de son développement et de ses connexions :

- ✓ Dans la première, le trouble apparent (une obsession, une angoisse, un délire, une hallucination) s'inscrit dans un contexte, il prend sens pour l'individu qui l'éprouve et le remanie constamment dans le récit qu'il en fait – s'il veut bien se confier... mais refuser d'en parler, c'est encore en dire quelque chose.
- ✓ Dans la seconde, le trouble est simplement l'effet direct, quasi réflexe, de la lésion ou du dysfonctionnement organique qui le produit.

Vous direz : « Les psychiatres sont butés, pourquoi la doctrine la mieux prouvée ne

l'emporte-t-elle pas sur l'autre ? » C'est qu'en fait aucune des deux, actuellement, n'est scientifiquement prouvée comme meilleure que l'autre. Qu'ils le veuillent ou non, les psychiatres, toujours dans la méconnaissance des rapports du corps et de l'esprit, sont un peu schizophrènes. Leur spécialité est coupée en deux.

### ***Deux réalités***

Le corps et l'esprit, qu'on soit matérialiste ou spiritualiste, n'ont pas réussi, malgré tous les progrès des neurosciences, à faire vraiment leur jonction. On sait bien qu'il faut un cerveau pour sentir et penser, mais l'écart entre le fonctionnement cérébral et sa traduction en telle pensée qui me traverse l'esprit ou en tel sentiment particulier, analogue à aucun autre, persiste. C'est pourquoi la psychiatrie, malgré les rapprochements qui s'esquissent – on en parlera –, reste encore sur deux jambes.

### ***Des tentatives de simplification***

Certains s'en accommodent mal. Croyant arriver ce qu'ils souhaitent depuis toujours, ils veulent une psychiatrie unijambiste, réduite à une seule dimension. C'était l'esprit, à l'époque de la psychanalyse triomphante. C'est aujourd'hui le corps. Le DSM, si l'on se limite à sa nomenclature et si l'on y voit l'alpha et l'oméga de la psychiatrie, conduit tout droit à cette réduction simplificatrice.

## ***La psychiatrie, une discipline complexe***

## *Accepter le compliqué*

Il est vain de chercher à éviter les complications. Il faut accepter de rester écartelé entre deux modèles antagonistes.

- On peut décrire des **troubles**, comme les entend le DSM – et la classification internationale des maladies (CIM), qu'il a largement inspirée.
- On peut en même temps rester fidèle aux apports de la psychopathologie, s'intéresser aux **processus** psychiques qui sont derrière ces troubles et affectent le fonctionnement mental dans sa globalité.

Les promoteurs du DSM tenaient compte au départ de cette démarche à deux bandes. Ils affirmaient que la démarche diagnostique plus fiable qu'ils cherchaient à promouvoir ne résumait pas l'examen clinique. L'analyse du processus sous-jacent au trouble et donc les théories utilisées pour cette analyse n'avaient certes pas pour eux, leur place dans le remplissage du dossier nécessaire à l'obtention d'une prise en charge par une assurance et alourdissaient inutilement les procédures d'évaluation des effets d'un médicament. Ces théories restaient cependant précieuses dans ce lieu privilégié de tout traitement psychiatrique : la **relation intersubjective** qu'un psychiatre doit construire avec celui qui vient le consulter. Souvent de formation psychanalytique initiale, les défenseurs du DSM n'avaient pas, du moins au début, totalement rejeté leur héritage freudien. Leurs héritiers continuent encore de soutenir qu'on ne peut dire de quelqu'un qu'il est schizophrène, mais qu'il reste une personne, dans son unicité de personne, avec un trouble schizophrénique vécu chaque fois d'une manière personnelle. Ces réserves sont parfois oubliées par ceux qui se

saisissent du DSM comme d'une vérité révélée et qui rejettent avec vigueur tout ce qui pourrait rappeler le voisinage de la psychiatrie et de la psychanalyse.



## Relativiser le DSM

Même s'il peut se montrer commode et a le mérite de fournir aux psychiatres un langage commun, le DSM est loin d'être parfait.

Il a multiplié de manière parfois extravagante le nombre des catégories, pas toujours pour de bonnes raisons. Certaines ont répondu à un effet de mode ou à des groupes de pression efficaces qui voulaient se voir reconnaître comme pathologiques pour obtenir des compensations ou des réparations. D'autres catégories ont été à l'inverse supprimées, comme l'homosexualité, sous l'influence d'autres groupes de pression. Cette sensibilité aux mouvements d'opinion est liée à la méthode des conférences de consensus : des assemblées délibératives où les catégories sont soumises au vote et, par conséquent, où les manœuvres de couloir, les arguments financiers, les négociations de toutes sortes peuvent l'emporter sur la discussion scientifique. Il s'ensuit, en l'absence de tout test biologique, de toute validation d'un

trouble par une lésion visible et mesurable par tous, une grande élasticité de la nomenclature. On la voit s'élargir d'un côté, se rétrécir d'un autre, au gré des révisions. On a vu naître un mot pour cela, le *disease mongering* : la « fabrication-vente d'une maladie », la mise sur le marché ou le retrait du marché d'entités morbides pour lesquelles on propose un traitement *ad hoc* ou dont le traitement a été supprimé parce que non souhaité ou non rentable.

D'autre part, le parti pris uniquement descriptif et athéorique a pour inconvénient d'accumuler plusieurs diagnostics chez un même individu sans souci de les relier entre eux. On ne dira pas ainsi qu'un sujet est anxieux parce qu'il est déprimé ou l'inverse. Ce serait introduire une explication, donc se référer à un point de vue théorique qui soutient que dépression et anxiété sont liées. On dira qu'il présente à la fois un trouble anxieux et un trouble dépressif et qu'il faut donc lui donner un médicament contre l'anxiété et un autre contre la dépression. Cela s'appelle la *comorbidité*.

Au fur et à mesure des nouvelles éditions, l'absence de théorie apparaît de plus en plus comme dissimulant un point de vue théorique unique : un point de vue biologique qui va dans le sens de l'objectivité recherchée. C'est ainsi que, contrairement au manifeste des promoteurs, le DSM devient de plus en

plus une machine de guerre contre toute tentative de compréhension psychologique des troubles au profit d'une explication étroitement neuronale.

Enfin une classification où le diagnostic se fait par adjonction de critères, plus que sur l'impression générale, aboutit à multiplier les situations où l'impression ferait ranger un cas dans une catégorie, mais où tous les critères ne sont pas remplis. On a alors ouvert, à côté de chaque catégorie, une sous-catégorie d'attente, celle des troubles « non spécifiés autrement » parfois plus fournie que la catégorie de référence.

### ***Éviter un malentendu***

Quelques précisions sont ici nécessaires. Pour la condamner, on confond trop souvent aujourd'hui avec la psychanalyse, jusque parmi les experts de la Haute autorité de santé, une certaine psychiatrie attentive aux processus psychopathologiques. Les psychiatres sont en partie responsables de cette confusion. Ils ont trop longtemps laissé croire que psychiatrie et psychanalyse étaient une seule et même chose. Depuis les années soixante et soixante-dix où il n'était bon bec, en psychiatrie, que frotté de psychanalyse, on peut distinguer trois genres d'évolution.

### ***Les déçus de la psychanalyse***

Quand la psychanalyse tenait le haut du pavé, de très nombreux jeunes psychiatres sont allés, au

début de leur formation, chercher sur des divans à la mode les secrets de leur âme et l'espoir de repousser presque à l'infini leur pouvoir de guérir. Confrontés aux dures réalités de la pathologie mentale, ils ont été déçus. Certains en ont déduit que la psychanalyse était une escroquerie. Brûlant ce qu'ils avaient adoré, ils ont voulu par d'autres moyens redresser plus rapidement le comportement de leurs clients, soit en utilisant les seuls médicaments soit en ressuscitant, avec un langage différent, de vieilles méthodes éducatives à base de récompenses et de sanctions. Prenant l'exemple des communistes renégats, ils ont écrit *Le Livre noir de la psychanalyse*, témoin de leur hargne et de leurs blessures d'amour-propre.

### *Les psychanalystes purs*

D'autres ont laissé plutôt leur froc de psychiatre aux orties et sont devenus de purs psychanalystes. Leur divan n'a plus accueilli que des sujets relativement adaptés à la vie sociale, capables de gagner leur vie et de payer leur analyse. Certains de leurs clients sont devenus analystes à leur tour. Ainsi se sont développées **plusieurs sociétés de psychanalyse** avec leurs maîtres, leur mode d'initiation et parfois leur langage. On a pu alors reprocher à la psychanalyse une fermeture voire une dérive sectaire.

### *Les psychiatres d'orientation psychanalytique*

Ils forment encore une notable proportion des psychiatres français.

Certains ont suivi eux-mêmes une **formation analytique personnelle**, qui peut les rendre plus sensibles aux émotions que suscitent en eux leurs patients et, espérons-le, mieux aptes à contrôler les inévitables sentiments de rejet, de peur ou au contraire de fascination complice que fait éprouver le contact intime avec la folie. Ils ont ainsi élargi, espérons-le toujours, leur capacité à dominer les réactions de prestance ou d'évitement phobique qui pourraient parasiter leur relation avec leurs clients. Il en est qui parallèlement poursuivent une carrière d'analyste à temps partiel. Ils peuvent trouver alors dans leur activité analytique pure, avec des analysants sélectionnés sur demande et sur indication, comme un laboratoire où se forment un certain nombre d'hypothèses sur le fonctionnement mental transposables dans les situations différentes qui sont celles de la clinique psychiatrique.

D'autres n'ont de la psychanalyse qu'une **connaissance théorique** qui les aide à trouver du sens dans les symptômes psychiatriques d'un individu donné. Il faut leur souhaiter de conserver vis-à-vis de ces théories une attitude prudente, d'y voir non un dogme ni même une théorie scientifique mais une ouverture possible pour la pensée, une invite au travail de l'imagination.

Tous admettent que la psychanalyse, quelle que soit son utilité théorique, n'est pas le nec plus ultra de la psychiatrie et, comme technique thérapeutique, n'est pas applicable à l'immense majorité de leurs patients. À côté de l'inspiration qu'ils peuvent y trouver, ils utilisent nécessairement toute une **tradition clinique** avec l'apport indispensable de la phénoménologie et des autres sciences humaines (la sociologie et la

psychologie sociale). De plus en plus, les **données des neurosciences et des sciences cognitives** (psychologie du développement, neuropsychologie) enrichissent leur démarche qui, bien entendu, a largement recours aux médicaments et, pour les enfants, aussi parfois pour les adultes, à l'éducation. C'est sur cette route à plusieurs voies – où la psychanalyse garde sa part, mais qui est loin, comme on voudrait le faire croire, de se réduire à elle – que le lecteur est invité à poursuivre son itinéraire.

# Chapitre 10

## La dépression

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Dresser une typologie de la dépression
  - ▶ Connaître les conditions d'apparition de la dépression
  - ▶ Comprendre les causes de la dépression
- 

### *Le sens du mot*

« Il ou elle a fait une dépression. » Le terme reste vague. Dans le langage courant « faire une dépression » désigne souvent avoir recours au psychiatre, voire à une hospitalisation. On ajoute parfois « ce n'était qu'une dépression », laissant entendre que ce n'était pas un accès de folie, mais quelque chose de plus léger, de passager. Les psychiatres définissent le mot de manière plus précise. La *dépression* (on disait autrefois « dépression nerveuse », on dit aujourd'hui « troubles dépressifs ») est un trouble de l'humeur c'est-à-dire de cette coloration générale que prennent, à un moment donné, nos sentiments et nos émotions et plus généralement le cours de nos pensées. On peut voir la vie en rose ou en noir, être optimiste ou pessimiste. Le déprimé est en

permanence du côté du noir. C'est un **pessimiste fondamental**.



## Thumos, thymie et ris de veau

Les psychiatres et les psychologues n'aiment pas les mots simples. Plutôt que de *troubles de l'humeur*, on parle aujourd'hui de *troubles thymiques*. Le terme a été emprunté au grec *thumos* qui désignait cet endroit du corps où l'on situait le siège des passions. Anatomiquement, le thymus est un organe mou, à la base du cou, qui fabrique des globules blancs et joue un rôle dans l'immunité. Il peut être le siège de tumeurs dont certaines s'accompagnent d'une maladie grave : la myasthénie, une faiblesse des muscles qui n'a rien à voir avec la dépression. Tout le monde a pu déguster du thymus animal dans son assiette : c'est le ris de veau.

### *Les critères*

La dépression est caractérisée par une **tristesse excessive**. Parfois c'est une simple morosité accompagnée d'un manque d'intérêt pour les activités courantes, une difficulté à prendre du plaisir, à éprouver des sentiments pour les

proches, une sorte d'anesthésie affective qui peut devenir culpabilisante. « C'est horrible je n'aime plus mes enfants » dira une maman. D'autres fois la tristesse devient si intense, si poignante, qu'on parle de « douleur morale ». Elle s'accompagne souvent d'un sentiment de dévalorisation, de honte « je ne suis bon à rien », et donc d'une difficulté à se projeter dans l'avenir, à entreprendre, à avoir des initiatives.

### ***Le ralentissement psychomoteur***

Un déprimé se reconnaît à sa **mine**. La mimique est pauvre, le sourcil froncé. Les patients ont souvent une voix monotone, semblent sans élan. Ils ruminent les mêmes pensées tristes, ont de la peine à se concentrer. Il leur arrive de lutter contre ce ralentissement par une agitation, généralement stérile.

### ***Les pensées de mort et de suicide***

Le déprimé pense à la mort. La vie lui paraît sans aucun sens, elle ne donne aucune joie. Le sentiment de **culpabilité** ou d'incurabilité qui l'étreint peut lui faire souhaiter cette mort, songer au suicide et même attenter à ses jours.

### ***Les troubles physiques associés***

Le corps du déprimé est un corps en souffrance. Le déprimé est mal dans sa peau. Il peut se plaindre de douleurs vagues, multiples, parfois localisées, lui faisant redouter une maladie grave. Il se sent faible, fatigué, sans énergie. Il lui arrive de maigrir, généralement parce qu'il a perdu l'appétit, ou au contraire de grossir, parce qu'il cherche à combler son sentiment de vide intérieur

en mangeant trop. Surtout il dort mal et l'**insomnie** est souvent un signe annonciateur de dépression.



## L'hypocondrie

À ne pas confondre avec l'hypochondre, cette partie de l'abdomen qui est située sous les côtes, l'hypocondrie (sans h) désigne en psychiatrie une préoccupation exagérée pour sa santé, la crainte quasi obsessionnelle d'avoir une maladie physique.

### *Les formes*

La dépression est multiple. Elle a plusieurs visages ou, comme on dit en médecine, plusieurs formes. On peut distinguer ces formes selon l'aspect clinique, selon les circonstances d'apparition, selon l'âge, selon l'évolution.

#### *Selon l'aspect clinique*

##### *La dépression simple*

C'est la plus fréquente. Elle atteint un grand nombre de nos contemporains. Elle peut comporter l'ensemble des signes ci-dessus ou se révéler **pauci- ou monosymptomatique** (avec peu de symptômes ou un seul symptôme). C'est

ainsi qu'une préoccupation hypocondriaque, des troubles du sommeil isolés, un simple sentiment de fatigue peuvent signer un état dépressif. Pour faire le diagnostic de trouble dépressif, le DSM exige toutefois que, parmi les quelques symptômes, figure au moins soit l'humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir. On concédera que ce sont des critères assez imprécis et qui laissent une large part à l'appréciation subjective tant du psychiatre que du malade ! Ce qui explique peut-être les contestations sur l'augmentation du nombre de déprimés authentifiés et donc des prescriptions d'antidépresseurs, pour le plus grand bénéfice des laboratoires pharmaceutiques mais au grand dam de la Sécurité sociale.

### *La dépression mélancolique*

C'est la forme la plus grave. Tous les éléments du tableau dépressif sont intensifiés. La tristesse est intense, déchirante. Les idées de culpabilité et de dévalorisation entraînent une autoaccusation permanente. L'avenir est bouché avec des thèmes d'incurabilité, de ruine. Les troubles du sommeil sont majeurs. Les préoccupations hypocondriaques atteignent parfois des sommets et le sujet peut aller jusqu'à nier l'existence des organes de son corps, croire qu'il n'a plus d'estomac, plus d'intestin, que son cœur s'est arrêté de battre. On parle alors de *mélancolie délirante*. Le délire peut prendre d'autres formes, le malade s'accusant de divers crimes imaginaires ou voulant expier de manière atroce, en se martyrisant jusqu'à la mutilation, une faute plus ou moins réelle. Certains s'infligent une castration pour se punir et couper court à tout désir. Le ralentissement psychomoteur peut aller jusqu'à

l'immobilité totale, on parle alors de *mélancolie stuporeuse*. Ou encore le malade se tord les mains de désespoir en proie aux tortures d'une anxiété permanente : c'est la *mélancolie anxieuse*. Le risque suicidaire est majeur dans la dépression mélancolique. Quand les antidépresseurs en perfusion ne suffisent pas, on a recours à l'électrochoc.

### *La dépression atypique*

Certains sujets sont aujourd'hui considérés comme atteints de troubles dépressifs, semble-t-il améliorés par certains antidépresseurs, bien qu'ils ne présentent pas d'humeur dépressive caractérisée. Chez eux c'est l'*asthénie* qui domine, entraînant une sensation de blocage physique. Ils ne souffrent pas d'insomnie, mais au contraire ont tendance à sommeiller de manière prolongée. Ce sont souvent des sujets hypersensibles dans leurs relations sociales et qui ont tendance à se sentir rejetés par les autres.

### *Selon les circonstances d'apparition*

#### *Les dépressions endogènes et les dépressions réactionnelles*

Le DSM récuse cette vieille distinction, au nom de ses principes purement descriptifs, car elle introduit subrepticement un élément théorique, une prise de parti sur la cause. Pourtant elle a l'avantage de distinguer une simple réaction bien compréhensible à un événement de l'existence (un deuil, une perte d'emploi, une atteinte à son idéal) d'un trouble survenant apparemment sans raison.

## *La dépression du post-partum*

Le post-partum est la période de quelques semaines qui suit l'accouchement. Nombre de mères peuvent ressentir un moment de vide, de désorientation, voire un certain manque d'entrain. C'est le phénomène quasi normal du *baby blues*. La dépression du post-partum est plus que cela. Elle peut prendre des aspects sévères : peur de faire du mal à l'enfant, qui entraîne une difficulté dans les contacts avec lui. Elle peut déboucher sur une véritable psychose du post-partum avec des idées délirantes de substitution d'enfant ou de négation de l'accouchement. L'intérêt porté aujourd'hui dans un souci de prévention aux premières interactions mère-bébé permet de dépister et de traiter des dépressions qui passaient inaperçues jusque-là.



## **La mort de Stefan Zweig**

Stefan Zweig, juif autrichien assimilé, était surtout un Européen, ami d'Émile Verhaeren, de Romain Rolland, de Sigmund Freud, de Georges Bernanos et de nombreuses autres figures de l'intelligentsia européenne et américaine. Pendant la Première Guerre mondiale, il avait déjà assisté avec désespoir à la montée des haines nationales et de la violence entre nations. Pacifiste comme

lui, il avait partagé le vœu de Romain Rolland : « Je voudrais être mort. Il est horrible de vivre au milieu de cette humanité démente et d'assister impuissant à la faillite de la civilisation. » C'était le moment où Sigmund Freud élaborait ses théories sur la pulsion de mort. Reprenant espoir dans les années vingt, Stefan Zweig a assisté ensuite avec terreur à la montée du nazisme. Il a quitté l'Autriche en 1934, d'abord pour l'Angleterre, ensuite pour les États-Unis, enfin pour le Brésil. Assistant à la fin de ce qu'il a appelé « le monde d'hier », voyant son œuvre en allemand brûlée, ses collections dispersées ou détruites, il s'est suicidé en 1942 au Brésil avec son épouse, après avoir écrit : « J'ai été le témoin de la plus effroyable défaite de la raison. »

### *Les dépressions saisonnières*

Elles apparaissent à l'automne ou au début de l'hiver et seraient dues à un trouble de ce qu'on appelle *l'horloge biologique*, ce système organique qui règle notre rythme éveil-sommeil. On a proposé de les traiter par l'exposition à une lumière artificielle proche de la lumière solaire. Cette **luminothérapie** a eu beaucoup de succès dans le public, mais tant son efficacité que l'existence même des dépressions saisonnières sont discutées.

### *Le trouble dysphorique prémenstruel*

C'est une création du DSM qui a suscité l'ire des mouvements féministes. Les militantes se rebellaient contre le fait de considérer comme pathologiques des modifications de l'humeur en rapport avec leur cycle hormonal. Devant leurs réactions, ce trouble a disparu de la dernière édition.

## *Selon l'âge*

### *La dépression du bébé*

La thèse selon laquelle un bébé puisse être déprimé fait encore scandale. La douleur physique comme la **douleur morale** du bébé ont été longtemps niées. Il n'y a pas longtemps, on opérait des bébés sans anesthésie, persuadé qu'ils ne sentaient rien. On sait aujourd'hui que le bébé possède dès la naissance toutes les voies de la sensibilité à la douleur. De même, de nombreux arguments expérimentaux et cliniques permettent de décrire une dépression du bébé et de la traiter, en le stimulant, en améliorant la qualité des interactions avec ceux qui s'occupent de lui. Les travaux déjà anciens d'auteurs anglais et américains avaient permis de découvrir dans les orphelinats un syndrome de détresse, l'**hospitalisme**, qui pouvait aller jusqu'à entraîner la mort de très jeunes enfants correctement nourris mais élevés dans un anonymat relationnel générateur de carence affective. Aujourd'hui l'on sait reconnaître la dépression du nourrisson à plusieurs signes : des troubles du sommeil, un refus d'alimentation, une incapacité à se consoler en cas de frustration avec des pleurs incessants ou, au contraire, une diminution des capacités de protestation, une perte d'initiative dans les interactions sociales aboutissant à un état

d'indifférence atone donnant l'impression d'une tristesse. Parler de dépression du nourrisson ne signifie évidemment pas que la mère est responsable. Elle-même peut être déprimée en réaction aux difficultés qu'elle éprouve à entrer en contact avec son enfant et à obtenir de lui une réponse à son attention. Une thérapie mère-enfant peut alors être utile pour rétablir des interactions plus harmonieuses et plus satisfaisantes pour les deux interlocuteurs de cette conversation primitive qu'est l'échange mère-bébé.

### *La dépression de l'enfant*

Parfois réactionnelle à des circonstances, comme un deuil familial ou une séparation, elle se manifeste souvent par des **symptômes atypiques** : une agitation, une instabilité, un trouble de l'attention qui peuvent retentir sur les activités scolaires, ou encore des troubles du caractère et du comportement avec caprices, opposition.

### *La dépression chez l'adolescent*

Elle est fréquente et se traduit le plus souvent par un état de morosité, de désintérêt, un repli sur soi accompagné d'un sentiment d'être mal aimé, incompris, qui peut aller jusqu'à une révolte à l'origine de violences ou d'actes délictueux. La fréquence de cette dépression, l'effet négatif sur les performances scolaires, le risque suicidaire, la tendance de l'adolescent à chercher une automédication dans l'abus de substances toxiques ou l'addiction aux jeux informatiques

font de cette pathologie un **problème de santé publique**.

### *La dépression du vieillard*

Elle peut prendre le masque d'un état confusionnel, d'une atteinte des capacités cognitives qui posent la question du diagnostic différentiel avec une maladie d'Alzheimer.

### *Selon l'évolution*

#### *La dysthymie*

Les classifications modernes donnent le nom de *dysthymie* à un état dépressif chronique. Les dysthymiques ne sont jamais contents ni des autres ni d'eux-mêmes (surtout d'eux-mêmes). Ils se dévalorisent continuellement, peuvent devenir agressifs du fait de leur insatisfaction permanente, souffrent continuellement de fatigue, ont de la peine à s'intéresser à un projet et à le poursuivre. Cet état désespérant s'accompagne souvent de troubles du sommeil et de l'appétit qui retentissent sur le bien-être physique. Les médicaments sont peu actifs, ce qui peut amener ces sujets à recourir parallèlement à un traitement psychothérapique ou à chercher une consolation dans des mouvements religieux.

#### *La dépression récurrente*

Il s'agit d'épisodes dépressifs récidivants à des délais variables chez des sujets qui retrouvent un état normal entre les accès.

## *Les troubles bipolaires*

Deux psychiatres français du XIX<sup>e</sup> siècle, Jean Pierre Falret et Jules Baillarger, avaient décrit une « psychose à double forme ». Reprise sous le nom de *psychose maniaco-dépressive* (PMD) par Emil Kraepelin, elle a pour caractéristique d'alterner des états dépressifs majeurs et des états dits maniaques, des formes expansives de l'humeur avec jovialité, excitation, des sortes d'antithèse de la dépression. Accès dépressifs et accès maniaques peuvent se succéder sans intervalles libres avec des renversements brutaux de l'humeur.



### **L'accès maniaque, une folie de comédie**

Le mot *maniaque* en psychiatrie n'a pas le même sens que dans le langage courant. Dérivé du grec *mania* qui signifie « folie », il désigne un état d'euphorie pathologique. L'accès maniaque représente l'autre pôle des troubles bipolaires. Il a pour critères : une élévation anormale de l'humeur entraînant un état d'excitation, des idées de grandeur avec une augmentation de l'estime de soi, une réduction du besoin de sommeil qui peut aller jusqu'à tolérer plusieurs nuits blanches successives, un besoin de parler constamment (les

psychiatres appellent cela *la logorrhée*), une fuite des idées avec un passage incessant du coq à l'âne, une activité débordante confinant à l'agitation. Les personnes en état maniaque peuvent se livrer à des excentricités, se vêtir de manière fantaisiste, se farder à l'excès, prenant parfois l'aspect du fou de comédie. Il existe là aussi, comme dans la dépression, des formes majeures et des formes mineures plus discrètes, où une simple hyperactivité, une euphorie inhabituelle, un goût pour la plaisanterie et les jeux mots contrastent avec la réserve habituelle du sujet. Comme il y a des dysthymiques chroniques, il y a des *hypomanes*, des gens qui ont toujours le mot pour rire, mais qui sont parfois un peu étourdissants par leur bavardage volubile, fatigants par leur activité brouillonne. On est là, comme dans *Les Caractères* de Jean de La Bruyère, à la limite, difficile à tracer, du normal et du pathologique.

Le plus souvent, l'évolution est entrecoupée de périodes de rémission plus ou moins longues. Aujourd'hui les troubles bipolaires, découpés en plusieurs sous-catégories, ont pris la place dans les nomenclatures officielles de la psychose maniaco-dépressive. Ils recouvrent un champ dont les limites se sont considérablement élargies depuis qu'on a mis sur le marché des médicaments réputés régulateurs de l'humeur. Cette extension peut-être exagérée n'est pas sans poser des problèmes, notamment chez l'enfant qui se voit trop facilement étiqueté « bipolaire » dès lors qu'il manifeste de menus troubles de la conduite. Elle a l'inconvénient de diluer dans un ensemble flou un grand nombre de difficultés

psychiques, en mettant au premier plan un trouble de l'humeur considéré comme de nature biologique voire génétique, au détriment d'autres mécanismes psychopathologiques et d'une compréhension plus fine de l'évolution personnelle.

## ***Les processus***

### ***Le pourquoi et le comment***

Pourquoi devient-on déprimé ? Comment devient-on déprimé ? Ce sont là deux questions différentes qu'on a trop souvent tendance à confondre. La génétique et la neurobiologie répondent au pourquoi. La psychopathologie fait des hypothèses sur le comment. Les unes et les autres ont cherché l'exclusive. Les psychanalystes ont un temps prétendu détenir une réponse au pourquoi. Ils ont pris leurs constructions pour une vérité scientifique, oubliant que Sigmund Freud lui-même espérait qu'un jour la biologie viendrait combler les vides laissés par sa théorie. Ivres des succès remportés depuis quelques années par leurs disciplines, les neuroscientifiques et les généticiens se sont à leur tour lancés à la conquête d'un domaine qu'ils pensaient pouvoir réduire à leurs molécules et à leurs gènes en éliminant comme sans objet la réflexion psychologique.

### ***La psychiatrie biologique***

Que sait-on aujourd'hui de la biologie de la dépression ? Pas grand-chose, ce qui ne doit pas empêcher la recherche de se poursuivre et de progresser, mais doit rendre prudent devant des

déclarations triomphalistes publiées parfois dans la presse ou à la télévision.

### *La génétique*

Les études familiales semblent montrer que le plus typique des troubles bipolaires, la classique psychose maniaco-dépressive avec son alternance d'accès mélancoliques et d'accès maniaques francs, survenant sans élément déclenchant apparent, chez des sujets dont la personnalité et l'histoire n'ont par ailleurs rien de particulier, comporte probablement des facteurs génétiques sans qu'on ait cependant isolé un gène de la maladie. Dès qu'on généralise le diagnostic à des troubles bipolaires moins nets ou à d'autres formes de dépressions, le rôle des événements de vie devient de plus en plus important, sans toutefois éliminer une vulnérabilité transmise génétiquement. En fait la recherche s'oriente aujourd'hui vers l'étude des **interactions entre les gènes et l'environnement**. Cette perspective dite épigénétique permet de dépasser l'opposition entre ce qui est inné et ce qui est acquis, une opposition qui a longtemps enflammé les esprits.

### *La biologie des transmetteurs*

On l'a dit : la découverte des médicaments psychotropes et leur effet sur la biologie des neurotransmetteurs (ces substances qui permettent à l'influx nerveux de passer d'un neurone à un autre, au niveau de ces aiguillages que sont les synapses) ont fait croire que la dépression dérivait directement et uniquement de la concentration synaptique de certains transmetteurs. C'est loin

d'être aussi certain et l'espoir de mettre au point un test biologique de dépression s'est jusqu'à présent révélé vain.

### ***Les stimulations cérébrales***

Des stimulations cérébrales localisées, entreprises pour des raisons thérapeutiques, ont montré qu'il était possible de déclencher ponctuellement des états de grande tristesse ou au contraire de joie profonde immotivée. Confirmés par l'imagerie fonctionnelle, ces résultats laissent penser qu'il existe dans le cerveau ce qu'on pourrait appeler des circuits de la tristesse et des circuits de la joie. Ces circuits sont très probablement mis en jeu quand un individu éprouve l'une ou l'autre de ces émotions. Rien ne prouve cependant à l'heure actuelle qu'une anomalie de ces circuits soit la seule origine d'une tristesse ou d'une euphorie pathologique.

### ***Le point de vue psychopathologique***

Il tente de clarifier, au moins partiellement, le comment et ne répond pas au pourquoi. De tout un ensemble de théories complexes, on ne retiendra ici que deux points principaux.

### ***Les rapports du deuil et de la dépression***

Que se passe-t-il quand nous perdons un être cher ou quand nous devons renoncer à une situation ou à un idéal qui nous tient fortement à cœur ? Nous nous détachons peu à peu, en d'autres termes la force de notre désir (ce que la psychanalyse appelle la *libido*) se détourne peu à peu de ce qui

était l'objet de ce désir, un objet dont nous sommes obligés de constater la perte réelle. Au terme d'un véritable travail psychique d'intériorisation, l'objet perdu dans la réalité vient se figurer en nous sous la forme d'un souvenir, d'une image. Nous avons renoncé aux liens réels mais conservons les liens imaginaires. Nous ne pouvons plus retrouver dans la réalité l'objet perdu, mais nous pouvons l'évoquer dans notre esprit. C'est ce travail de deuil que le déprimé et singulièrement le mélancolique ne parviennent pas à faire. Leur *libido* continue à adhérer à l'objet, le renoncement et l'intériorisation sont impossibles. L'objet, n'ayant pas pu subir la transformation en image et en souvenir, n'ayant pu être digéré psychiquement, reste en quelque sorte en travers de la gorge. N'ayant pu acquérir le statut d'objet intérieur (d'image, de souvenir apaisant logé dans la *psyché*), il n'est qu'absence. Il suscite la haine et la culpabilité liée à cette haine, le remords d'être responsable de sa perte, le sentiment de n'être pas digne de lui et donc une perte de l'estime de soi. Dans toute dépression, il peut être opportun de s'interroger sur la nature de l'objet inconsciemment perdu, sur les angoisses liées à une perte ou à une séparation, sur les sentiments ambivalents d'amour et de haine mêlés vis-à-vis de cet objet.

### ***Entre dépression et manie***

Comment comprendre dès lors la fête maniaque, le renversement de la tristesse en euphorie galopante, de l'autodévalorisation en surestimation de soi, de la toute-impuissance en toute-puissance ? La manie est une réaction libératrice à l'oppression dépressive. Cette oppression, Sigmund Freud l'a attribuée à une

instance psychique qu'il a nommée *Surmoi*, une incarnation de la conscience morale, des interdits parentaux et sociaux. Dans la dépression, le Surmoi prend une allure particulière. Sous l'effet de la culpabilité et des remords vis-à-vis de l'objet perdu, l'amour de soi s'est transformé en une haine de soi où Freud a vu une manifestation de la pulsion de mort (une théorie qui n'a pas fait l'unanimité chez les psychanalystes). La manie serait alors une sorte de réaction de survie, une mise en vacance temporaire d'un Surmoi féroce et cruel, une parenthèse pour respirer.

## Questions

Vous devez vous dire : « Qu'est-ce qu'il raconte avec ses objets perdus et avec son travail de deuil ? On a tous fait son deuil de quelque chose. On n'arrête pas de faire son deuil. C'est même devenu une expression à la mode qu'on entend presque tous les jours à la télé, en particulier dans les comptes rendus de procès. Il faut que le coupable soit condamné pour que *les victimes puissent faire leur deuil*. » Et vous avez raison, y compris si vous ajoutez implicitement qu'on a tous eu des moments dépressifs plus ou moins sévères. Alors pourquoi faire de la dépression une maladie ? Pas de problème avec la grande mélancolique délirante qui s'accuse de tous les crimes ou croit qu'on va lui couper la tête, une tête que d'ailleurs elle n'a plus. Mais tous les autres ? Ceux qui sont simplement tristes et qui, un jour sans courage, ne trouvent pas, momentanément, de véritable plaisir à

vivre, doit-on les considérer comme des malades ?

La dépression est vraiment devenue une maladie de civilisation. Elle illustre la relativité des diagnostics selon le type de culture. On ne peut pas cependant nier qu'il y a des gens qui éprouvent une douleur morale difficile à supporter. Il existe des analgésiques très anciens comme l'alcool, la nicotine ou l'opium. Leur consommation excessive est nuisible à la santé. Il vaut mieux prendre des antidépresseurs ou faire une psychothérapie. Mais de là à considérer tout deuil comme pathologique, à vouloir éponger toute souffrance, n'y a-t-il pas une distance ? Rappelez-vous Alfred de Musset :

« L'homme est un apprenti, la douleur est son maître

Et nul ne se connaît tant qu'il n'a pas souffert. »

À quoi l'on répondra, avec autant de bon droit, que le dolorisme, l'apologie de la douleur conduit vite au masochisme et que la dépression est plutôt une entrave à la création qu'une invite à créer. Quand Charles Baudelaire vante le *spleen*, c'est qu'il est déjà sorti de sa dépression. Vous restez sur votre faim ? Il faut vous y faire : la psychiatrie pose autant de questions qu'elle apporte de réponses.

## Chapitre 11

# Les névroses et les troubles anxieux

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Savoir différencier les phobies, les TOC, l'hystérie et le stress post-traumatique
  - ▶ Comprendre les processus sous-jacents des névroses
- 

## *Quelques questions de vocabulaire*

### *La névrose commune*

Le terme de *névrose*, on l'a dit, a d'abord désigné toutes les maladies nerveuses dont la lésion causale était inconnue, avant d'être réservé aux pathologies mentales où le sujet avait conscience de son trouble et demandait généralement à en être soulagé.

### *La névrose des psychanalystes*

La psychanalyse a resserré l'usage de ce terme pour désigner une structure psychologique voisine de la normale. Dans l'optique de la psychanalyse, nous sommes tous plus ou moins « normalement névrosés » et avons traversé dans notre développement une *névrose infantile* centrée autour du complexe d'Œdipe et de l'angoisse de castration – la découverte douloureuse des limites à nos désirs liée à l'interdit de l'inceste et à notre identité sexuelle, c'est-à-dire à l'impossibilité habituelle d'être mâle et femelle à la fois.



## Sexe et genre

On parle beaucoup, à tort et à travers, de « théorie du genre ». La psychanalyse a montré (comme la biologie) que nous naissons avec une potentialité bisexuelle. Il n'empêche, nos gènes et nos hormones nous assignent habituellement un sexe même si nous gardons des tendances et des vestiges d'organe de l'autre. Certains, du fait de mutation génétique, naissent moins déterminés. On parle d'*intersexualité*. D'autres, bien qu'appartenant anatomiquement à un sexe, se sentent profondément de l'autre et obtiennent parfois de la médecine et de la chirurgie une transformation. On parle de *transsexualité*. Ces particularités biologiques et psychologiques ainsi que l'évolution de la société ont remis en cause un certain nombre de stéréotypes et amené à distinguer le *sexe*, assigné

biologiquement, et le *genre*, l'ensemble des comportements, des attitudes vestimentaires, affectives (etc.) et des rôles parentaux, professionnels (etc.) assignés socialement. Dans une perspective d'égalité entre les sexes, il est important de réfléchir sur ces assignations de genre qui parfois sont le résultat de la longue domination d'un sexe sur l'autre et peuvent donc être remises en cause. Tout cela n'a rien à voir avec l'*homosexualité*, qui est le choix comme partenaire sexuel et éventuellement de vie d'un individu de même sexe.

La *névrose pathologique* n'est qu'une exacerbation de cette angoisse normale et des mécanismes de défense institués contre la réalisation fantasmatique des désirs interdits. Elle peut prendre, on l'a dit, diverses formes liées à des fixations ou à des régressions à des étapes du développement sexuel : hystérique, phobique ou obsessionnelle.

### ***Le DSM***

En voulant se libérer de toute influence théorique afin d'obtenir le maximum de consensus entre psychiatres, notamment en rejetant la psychanalyse, cause de dissensions entre ceux qui y croyaient et ceux qui n'y croyaient pas, le DSM a abandonné toute référence à la notion de *névrose*. Le terme a été purement et simplement gommé pour laisser place à plusieurs catégories distinctes : les troubles anxieux, les troubles somatoformes, les troubles dissociatifs et les troubles factices.

- Les **troubles anxieux** sont caractérisés par la survenue d'une peur sans objet – l'angoisse – ou par l'attente pénible de cette survenue – l'anxiété. Ils regroupent, en dehors de l'hystérie, les anciennes névroses ainsi que les états de stress.
- Les **troubles somatoformes** regroupent des manifestations physiques sans support organique mais aussi sans participation volontaire du sujet. Ils sont donc distincts de la simulation. Malgré leurs préjugés antithéoriques, les auteurs du DSM doivent reconnaître le besoin d'hypothèses psychologiques pour les définir et les conceptualiser comme relevant d'un *conflit psychique*. Ils recouvrent une partie du champ de la bonne vieille hystérie.
- Les **troubles dissociatifs**, « altération soudaine et transitoire des fonctions d'intégration de la conscience et de l'identité », recouvrent avec les troubles factices l'autre partie du champ de l'hystérie.

On donnera ici une description des principales névroses, phobique, obsessionnelle, hystérique et post-traumatique, en tenant compte des critères du DSM et en s'attardant sur ce qu'éprouve celui qui souffre de leurs symptômes et sur le type de personnalité qui constitue le fond du trouble névrotique. On proposera ensuite un éclairage hypothétique sur quelques processus pouvant expliquer la production de ces symptômes.

## ***Les phobies***

Elles se définissent par un déclenchement d'angoisse dans la confrontation avec un objet précis ou une situation, ainsi que par un ensemble

de conduites visant à éviter le contact avec cet objet ou cette situation.

### ***Les objets phobogènes***

Ils peuvent être extrêmement **variés** : objets pointus, animaux domestiques (chiens, chats, bétail), petits rongeurs ou insectivores (rats, souris, chauve-souris), insectes ou araignées, serpents. Certains sont chargés d'une histoire transmise par la culture. Depuis Adam et Ève, le serpent a mauvaise presse, autant chez les femmes que chez les hommes. Les chauves-souris sont réputées s'emmêler dans la chevelure. D'autres témoignent d'un conditionnement plus personnel, lié à l'histoire individuelle du sujet. On se souvient de la phobie expérimentale induite par le psychologue américain John Broadus Watson chez le petit Albert.

### ***Les situations phobogènes***

Là aussi fleurit une grande **variété**. Certains redoutent d'être enfermés (claustrophobie), d'autres de se trouver dans un grand espace découvert (agoraphobie). Avec le temps, l'habitude de voyager en chemin de fer a rendu rare la sidérodromophobie de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle – les psychiatres étaient alors les champions de l'invention de mots nouveaux : *sideros* en grec c'est « le fer », *dromos*, « le chemin ». Les phobiques de l'avion sont encore fréquents, de même que ceux qui s'abstiennent de traverser les ponts. La peur du vide, faussement qualifiée de vertige, est d'une très grande fréquence. Elle peut s'accompagner d'une phobie d'impulsion, de la peur de se précipiter ou de précipiter son voisin dans l'abîme. La peur de paraître en public

(phobie sociale), de rougir devant autrui (ereutophobie d'*ereuthein*, « rougir ») est aussi assez commune. Chez l'enfant une forme de phobie sociale, la phobie scolaire, peut poser de gros problèmes empêchant une scolarité normale.



## Une phobie très particulière

La plupart des situations phobogènes peuvent être répertoriées car elles sont communes à un grand nombre de gens. Il arrive toutefois que la phobie soit propre à un individu en lien avec une situation traumatique spécifique. M. X était venu consulter parce qu'il était très gêné dans son travail et dans sa vie privée par un trouble anxieux qu'il ne parvenait pas à contrôler. Il redoutait, si on lui offrait un verre, de trembler en le prenant et la perspective de cette situation lui était intolérable. Employé dans le service commercial d'une grosse entreprise, il devait participer fréquemment à des repas d'affaires. Ces festivités obligées étaient devenues pour lui un véritable cauchemar. Il était continuellement dans l'attente anxieuse d'une invitation où il serait contraint d'accepter de boire en public et où, pensait-il, surviendrait inmanquablement le tremblement maudit. Devant l'intensité croissante de son angoisse, il envisageait de démissionner et d'abandonner un emploi bien rémunéré qui l'intéressait. Il refusait

aussi tout repas chez des amis, ce qui retentissait sur sa vie familiale. Quelques entretiens révélèrent un élément traumatique dans son histoire. Son père avait été un gros alcoolique particulièrement violent. Il se rappelait sa terreur, enfant, quand le père rentrait ivre à la maison et aussi la haine que suscitaient en lui ces retours. C'est du reste peu après la mort subite du père, bien des années plus tard, qu'était apparu ce que la psychiatrie dénomme une *phobie sociale*, c'est-à-dire la crainte de paraître devant les autres dans une situation humiliante. Il ne se souvenait pas avoir ressenti beaucoup de peine à l'annonce de cette mort, plutôt une sorte de soulagement. Il associa alors sa crainte de trembler à celle de laisser soupçonner à autrui un alcoolisme semblable à celui de son père. « Comme s'il craignait, disait-il, de se montrer dominé par le fantôme du père. »

### ***Les phobies communes***

Du reste, qui n'a pas ses **petites phobies** ? Peut-on dire qu'un souci d'hygiène, la lutte contre les microbes ou la pollution, la peur des OGM soient exempts d'une contamination phobique qui nous permet de donner une figure et une place à un mal ou à un danger inconnus, cette enveloppe de mystère tissée autour de notre fragilité d'homme ou de femme ? En localisant sur des objets ou des situations une angoisse existentielle diffuse, ce qui permet de mieux la maîtriser, les phobies seraient-elles utiles à notre équilibre mental ? Une fois de

plus, la limite entre le normal et le pathologique est difficile à tracer.

### *Les conduites d'évitement*

C'est peut-être l'importance des conduites d'évitement qui fait la différence. Une phobie devient pathologique lorsque, plus que l'angoisse déclenchée par l'objet ou la situation phobogènes, l'expectative de cette angoisse, la crainte de la voir survenir, bref une **anxiété majeure**, entraîne des conduites qui paralysent l'existence. Éviter la situation ou l'objet qui risque de déclencher l'angoisse devient en effet la préoccupation majeure du phobique pathologique.

### *L'évolution et le traitement*

Les phobies pathologiques peuvent rester limitées, mais ont parfois tendance à s'étendre à des situations de plus en plus complexes. Elles peuvent dégénérer en véritables **attaques de panique** particulièrement handicapantes. Des médicaments tranquillisants ou antidépresseurs permettent de contrôler un certain nombre de troubles phobiques. Les phobies représentent la meilleure indication des **thérapies comportementales**. Ces thérapies sont ici principalement de deux types :

- ✓ La **désensibilisation** est une méthode qui consiste à essayer de maintenir un état de relaxation en se confrontant en pensée de manière graduée à l'objet ou à la situation phobogènes.
- ✓ L'**immersion** plonge de manière répétée le sujet phobique, accompagné et rassuré par un thérapeute, dans la situation ou devant l'objet phobogènes. L'angoisse augmente jusqu'à un

palier puis décroît, et le sujet peut ainsi faire l'expérience d'un contrôle de son angoisse.

## ***Les TOC (troubles obsessionnels compulsifs)***

On les appelait naguère *névrose obsessionnelle* ou *névrose de contrainte*. Le mot de *névrose* ayant là aussi disparu, en raison de ses connotations théoriques, les TOC ont conquis la célébrité grâce en particulier à quelques séries télévisées. Ils restent une pathologie courante et particulièrement handicapante associant des **obsessions** (des idées parasites qui s'imposent à la conscience du sujet, malgré la lutte qu'il peut mener contre elles) et des **compulsions** (des actes que le sujet se sent obligé d'accomplir, là encore malgré l'opposition que ces actes rencontrent dans sa volonté consciente).

### ***La conjuration***

Pensées comme actes ont en commun un aspect majeur : la conjuration. Les TOC ont, dans l'esprit du patient, valeur de **rituel**. Si le sujet ne se laisse pas envahir par la pensée parasite, s'il ne se livre pas à son comportement, un malheur risque d'arriver à lui ou à ses proches. D'où l'idée scandaleuse, proposée par Sigmund Freud, selon laquelle la névrose obsessionnelle serait une religion privée et la religion une forme de névrose obsessionnelle collective ! Bien des superstitions ont en fait une teinte obsessionnelle compulsive, ce qui nous ramène encore à la frêle frontière qui sépare le normal du pathologique.

## *Les formes*

Elles sont là aussi très **diverses**. Les obsessions touchent souvent :

- ✓ la saleté, entraînant des rituels de lavage ;
- ✓ l'ordre et la symétrie, entraînant des rituels d'habillage, des rangements incessants ;
- ✓ le besoin d'épargner, d'amasser, un goût excessif pour les collections, ce qu'on rassemble sous le terme de *parcimonie*.

Les obsessionnels sont des gens scrupuleux, parfois tenaillés par un besoin incessant de vérification : ont-ils bien fermé la porte, le robinet de gaz, éteint la lumière ? Le doute les étirent.



## **Les manies du sens commun**

Les anciens auteurs parlaient, au sujet des TOC, de *folie du doute*. Ce sont eux qui ont donné au terme de *maniaque* son sens usuel, non psychiatrique. En effet, dans la psychiatrie de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle – celle qui adorait créer de nouveaux termes –, on ajoutait le suffixe *-maniaque* (du grec *mania*, « la folie ») à tout un tas de vocables pour désigner des compulsions : pyromanie (la compulsion à mettre le feu), kleptomanie (la compulsion à voler). Dans chacune on distinguait : l'émergence de l'idée parasite, la lutte anxieuse contre cette

idée et la réalisation suivie de soulagement et rapidement de remords.

### *L'évolution et le traitement*

Une fois installés, les TOC restent généralement stables et compatibles avec une existence normale. Très **liés à l'humeur**, ils s'améliorent spontanément lorsque le sujet se sent plus optimiste et s'aggravent au contraire dans les moments dépressifs, ce qui a donné l'idée, lorsqu'ils sont trop envahissants, de les traiter (avec un certain succès) par les antidépresseurs. Ils peuvent, surtout chez de jeunes sujets, s'aggraver considérablement au point de devenir une véritable **infirmité** posant parfois le problème d'une évolution vers la schizophrénie. D'où autrefois l'indication de lobotomies de sinistre mémoire et, aujourd'hui, une voie de recherche vers des électrostimulations localisées analogues à celles utilisées dans la maladie de Parkinson. Ces recherches, qui posent des problèmes éthiques, ne sont pas encore passées dans la pratique courante. Les psychothérapies d'inspiration analytique et les thérapies comportementales et cognitives peuvent aider considérablement certains sujets et ont l'avantage d'être moins invasives. *Primum non nocere*, « d'abord ne pas nuire », répétait-on jadis aux étudiants en médecine. Il faudrait quelquefois, devant l'enthousiasme suscité par le progrès technique, s'en souvenir !

### *La bonne vieille hystérie*

Chassée par la porte car elle rappelait de mauvais souvenirs aux savants propagateurs du DSM – les « spectacles » de Jean-Martin Charcot à la

Salpêtrière, les théories sexuelles de Sigmund Freud et son complexe d'Œdipe, la suspicion des psychiatres qui la taxaient de « grande simulatrice » –, elle revient aujourd'hui par la fenêtre, sous trois formes : les troubles somatoformes, la dissociation et les troubles factices.

### ***Les troubles somatoformes***

Entité confuse et discutée, mais néanmoins fréquente, surtout en médecine générale, les troubles somatoformes (de *soma*, « le corps » en grec) désignent un ensemble de manifestations physiques dont se plaignent les patients, pour lesquels, même quand on multiplie les examens spécialisés, on ne trouve aucun dysfonctionnement inscrit dans le corps. Il faut les distinguer des **maladies psychosomatiques** qui sont d'authentiques maladies physiques (comme une hypertension artérielle, certaines maladies dermatologiques) dans lesquelles on peut suspecter le rôle déterminant ou complémentaire d'un facteur psychologique. On les qualifie plus prudemment de « symptômes médicalement inexplicables » pour laisser une place au doute et ne pas sembler soupçonner la bonne foi du patient qui ressent, lui, sa souffrance comme provenant de son corps. Le DSM en distingue plusieurs formes :

➤ Le **trouble de conversion** est une sorte de concession à la tradition freudienne. Il représente une forme de défense contre un conflit intérieur lié à une expérience traumatique. On en reparlera quand on s'intéressera aux processus. Il se présente sous la forme d'une atteinte motrice (trouble de l'équilibre, paralysie, aphonie), sensorielle (trouble de la vision), une anesthésie

localisée. Les crises de convulsions, qui représentaient le signe majeur pour Jean-Martin Charcot, sont devenues rares et restent souvent l'apanage de sujets jeunes avec un élément culturel. Il semble en effet que les cultures qui favorisent l'expression corporelle des émotions favorisent aussi la conversion.

➤ La **somatisation**, voisine, se présente sous la forme de douleurs chroniques, gastro-intestinales, génito-urinaires, des lombalgies (douleurs dans le dos), qui entretiennent des plaintes et une recherche de solution médicale. Proche de l'ancienne hypocondrie, elle tend parfois, sous la pression des malades, à prendre un visage médical plus « sérieux », celui d'entités encore mal définies mais que certains médecins voudraient faire rentrer dans le giron de la médecine somatique ordinaire : la *fibromyalgie* ou le syndrome de fatigue chronique qui rencontre un succès croissant aux États-Unis.



## Des maladies à la mode

On s'approche là d'une nouvelle frontière poreuse, celle qui voudrait, avec difficulté, séparer la médecine de l'idéologie et de la mode. Déjà en 1929 l'écrivain et médecin mondain suédois, Axel Munthe, dans son best-seller *Le Livre de San Michele*, raconte comment « une nouvelle maladie fut lancée sur le marché, un nouveau mot fut gravé, un mot en or, la COLITE. C'était devenu

une plainte bien propre, qui permettait de s'épargner le couteau du chirurgien, qui était disponible à la demande, adaptée à tous les goûts. Personne ne savait quand elle était survenue, ni quand elle s'en irait. Je savais qu'un certain nombre de mes collègues prévoyants l'avaient déjà essayée avec succès sur leurs patients. »

### *La dissociation*

Le terme dans le vocabulaire moderne n'a plus rien à voir avec le sens que lui donnait Eugen Bleuler. Les troubles dissociatifs sont totalement distincts de la schizophrénie. Ils consistent en un **trouble passager de l'identité**, au cours duquel le sujet agit d'une façon plus ou moins automatique qu'il ne parvient pas à intégrer dans le flux normal de sa conscience. Il n'en garde pas de souvenir ou seulement un souvenir confus, sans le rattacher de manière cohérente à l'ensemble de son histoire, qui par ailleurs est structurée normalement.

Il peut s'agir d'**amnésies dissociatives**, où le sujet pendant quelques heures ou quelques jours n'enregistre plus les événements de sa vie quotidienne, jusqu'à une reprise de conscience soudaine. La **fugue dissociative** peut venir compliquer l'amnésie, le sujet quittant soudain, apparemment sans raison, son domicile ou son lieu de travail. Si le comportement peut sembler normal à un observateur extérieur, le sujet éprouve généralement un sentiment plus ou moins net de **dépersonnalisation**, une certaine distance par rapport à lui-même et à ses actes. Il peut avoir l'impression de vivre dans un monde étrange,

différent du mode habituel, en proie à un sentiment de **déréalisation**.



## Les personnalités multiples

À la grande époque de l'hystérie de Jean-Martin Charcot, plusieurs auteurs avaient mentionné un curieux phénomène. Des patients tenus pour hystériques passaient d'une personnalité à une autre sans s'en apercevoir et, généralement, sans aucun souvenir de l'une à l'autre. Des psychologues de l'entourage de Jean-Martin Charcot avaient tiré de ces expériences une première théorisation de l'*inconscient*, comme un fonctionnement automatique qui parfois pouvait se libérer du contrôle de la conscience. Puis les « personnalités multiples » avaient temporairement disparu. En 1973 le docteur Cornelia B. Wilbur relance le sujet. Elle publie l'histoire de sa patiente Sybil, affligée de seize personnalités différentes. Le livre connaît un immense succès. La télévision et le cinéma s'en saisissent. L'histoire envahit les tribunaux. D'une part des accusés s'en saisissent pour se disculper : ils ne sont pas responsables de leur crime ou de leur délit, c'est un de leurs *alter* qui l'a commis. D'autre part, dans le cadre de l'attention portée aux abus sexuels intrafamiliaux, la dissociation est de plus en plus attribuée

à une séduction précoce, voire à des actes de barbarie ou à la participation de l'enfant à des scènes sataniques. Pensez au film *Rosemary's Baby* de Roman Polanski. Une pléiade de thérapeutes se fait fort en utilisant l'hypnose de ressusciter les *covert memories*, les « souvenirs latents ». Ayant retrouvé une « mémoire », les victimes attaquent en justice leurs ascendants. Une véritable épidémie de personnalités multiples frappe alors principalement les États-Unis, mais aussi le Canada et l'Europe du Nord. Le DSM inscrit le trouble des personnalités multiples dans sa nomenclature, avant de faire machine arrière. Aujourd'hui les personnalités multiples, dans leur forme la plus exubérante, ne font plus l'actualité.

### *Les troubles factices*

« *Factice*, dit le DSM, recouvre ce qui n'est ni réel, ni authentique, ni naturel. » Les troubles factices sont conscients et volontaires, ils sont proches de la simulation. Le DSM leur conserve toutefois une qualification pathologique quand le but poursuivi par le patient en « fabriquant » son trouble paraît inadapté, au contraire de la simulation où le bénéfice du trouble correspond à un objectif rationnel – éviter le service militaire en temps de guerre, obtenir une compensation plus élevée pour un traumatisme. Dans le trouble factice, le seul objectif est de prendre le rôle de malade pour attirer l'**attention sur soi**.

➤ **Le trouble factice avec symptômes psychologiques** mime la folie. Un exemple

est le *syndrome de Ganser*, où le sujet fait semblant d'être délirant ou dément.

✓ Le **trouble factice avec symptômes physiques** désarçonne souvent les services médicaux. Il affecte des patients qui se déclenchent des maladies somatiques, par exemple en prenant des anticoagulants pour saigner. On appelle parfois ce trouble *syndrome de Münchhausen*, du nom de ce militaire allemand du XVIII<sup>e</sup> siècle qui se prétendait le héros d'aventures extraordinaires. Le nom de *syndrome de Münchhausen avec procuration* a été donné à ces mères, heureusement rares, qui déclenchent des maladies chez leurs enfants pour justifier une fréquentation inhabituelle d'hôpitaux et de médecins, en quête de réassurance.

### ***Une réflexion générale***

Comme dans tous ces troubles que le DSM s'obstine à refuser de qualifier de névrotiques, la limite entre le normal et la pathologique est ici difficile à trancher et affaire de négociation entre le « malade » et le médecin. À partir de quand l'utilisation de l'expression corporelle des émotions, ce langage du corps, devient-elle une *conversion pathologique* ou une *somatisation* ? À partir de quand le sentiment de ne pas être bien « dans ses pompes » sous l'effet d'une difficulté psychologique ou sociale ou encore d'un traumatisme devient-il une dépersonnalisation ou une *déréalisation* ? À partir de quand, à l'inverse, le souci d'attirer l'attention en mimant une maladie devient-il une simulation ? Toute souffrance mérite d'être entendue. Traiter l'anxiété associée à ces troubles, proposer une psychothérapie à un sujet en grande difficulté

psychologique peut aider, mais la « médicalisation » d'une souffrance, si elle peut rendre de grands services, n'est pas toujours la meilleure réponse.

## *Le stress post-traumatique*

### *La lente prise en compte de l'événement traumatique*

Le syndrome de stress post-traumatique est entré, on l'a dit, dans les nomenclatures officielles à la suite des campagnes menées par les anciens combattants. La Première Guerre mondiale avait vu, rappelons-le, son lot de *névroses de guerre*, parfois dénoncées comme de simples simulations par des médecins militaires pressés de renvoyer leurs clients au front. Après la Seconde Guerre mondiale, la psychanalyse ayant acquis plus d'influence et les victimes plus de pouvoir grâce aux moyens modernes de communication, les langues se délient. Les médias donnent un large écho à leurs propos. Une fois admis comme un effet possible du **vécu de catastrophe** ressenti sous les bombes, dans les camps de concentration ou dans d'autres situations extrêmes liées à la guerre, le syndrome de stress post-traumatique s'étend au monde du travail, aux conséquences des accidents de la circulation et, plus largement, à tout événement sortant de l'ordinaire et pouvant avoir sur le sujet un impact émotionnel violent en raison du sentiment de frayeur et d'impuissance suscité par cet événement. La **brutalité** de survenue de l'événement, la **menace** pour la survie ou l'intégrité du sujet, l'impression de **débordement** sont les trois caractéristiques de l'événement traumatique.

## *Les symptômes*

### *L'état immédiat*

Le traumatisme peut être suivi d'une réaction de **sidération** ou au contraire d'une grande **agitation**. Parfois le sujet, s'il en a la possibilité, fuit la scène traumatique dans un état de panique ou s'enferme dans des comportements automatiques avec un trouble de conscience qui évoque la dissociation.

### *Le stress post-traumatique proprement dit*

Il survient soit dans la continuité des troubles immédiats, soit après un intervalle libre. Il est caractérisé par la **reviviscence** du traumatisme :

- ✓ dans l'état de **veille**, sous la forme d'images obsédantes ou dans une attente anxieuse, comme s'il allait à nouveau se produire, entraînant une hypervigilance, des réactions de sursaut à la moindre évocation ;
- ✓ pendant le **sommeil**, sous la forme de cauchemars reproduisant continuellement la scène traumatique.

## *Les formes*

Elles peuvent être très diverses, associant souvent un état dépressif et des troubles du comportement (apathie ou au contraire irritabilité). On distingue aussi les réactions à un stress unique (un accident) et celles à une situation prolongée stressante (des sévices, une situation d'aliénation induite par un bourreau).

## ***Le traitement***

Le **débriefing**, individuel ou collectif, consiste à offrir le plus rapidement possible à la victime la possibilité de verbaliser l'expérience vécue, de mettre *a posteriori* des mots sur l'indicible initial de l'expérience de détresse. Ce qui est raconté peut ainsi acquérir progressivement le statut de souvenir, désagréable certes, mais qui à être narré perd de sa réalité traumatique, qui est en quelque sorte digéré psychiquement, prend sa place dans un récit de vie et cesse d'être présent de manière obsédante dans une réalité qui autrement « ne passe pas ».

Les **thérapies de désensibilisation** permettent ultérieurement aux images restantes de perdre de leur intensité étrangère, au sujet, d'abord surpris, de se familiariser avec ces images, et aux affects qui leur sont liés de s'apaiser.

### **Les cellules d'intervention psychologique**

Après avoir trop longtemps été sous-estimé, l'état de stress post-traumatique connaît une vogue peut-être exagérée dans notre société. Le moindre événement susceptible de déclencher un sentiment d'impuissance, de peur voire d'horreur, entraîne, dans un esprit de prévention et aussi par crainte des poursuites éventuelles liées à la judiciarisation de la société, l'intervention de cellules d'urgence

psychologique. Le *débriefing* est devenu quasi obligatoire pour tous ceux qui ont été témoins d'un drame ou participants involontaires à ce drame : un attentat, la mort accidentelle et spectaculaire d'un proche dont les médias se sont saisis. L'intervention psychologique fait partie intégrante de la médiatisation du drame. On peut se demander si cette psychologisation à outrance ne fait pas bon marché des possibilités qu'ont la plupart des individus de faire front à une situation exceptionnelle (ce qu'on appelle la *résilience*) et si l'excès de sollicitude pour les victimes ou les témoins du drame ne favorise pas, dans une civilisation du spectacle, sa dramatisation. Qu'en pensez-vous ? Car chacun a là-dessus un avis à donner, en tant que citoyen, un avis qui vaut bien celui des spécialistes.

## ***Le caractère, la personnalité, le tempérament***

Les troubles anxieux s'inscrivent sur un fond appelé *caractère, personnalité* ou *tempérament*.

Trois mots qui ont chacun leur histoire, mais qui finissent par désigner à peu près la même chose.

➤ La **personnalité** a un sens plus global, elle désigne l'ensemble des comportements qui fondent l'identité d'une personne, une identité qui se construit peu à peu à l'entrecroisement de l'histoire personnelle et de l'héritage inné. Le bébé qui vient de naître a déjà des traits de

personnalité qui pourront s'affirmer ou, au contraire, s'atténuer dans son développement.

✓ Le **caractère** se forge, il réunit des modes de réaction aux circonstances extérieures où la place de l'éducation est prédominante.

✓ Le **tempérament**, héritier des vieilles théories humorales de l'Antiquité, laisse un rôle plus important aux facteurs biologiques notamment génétiques.

Derrière chaque évolution névrotique, on peut repérer une personnalité sinon un caractère ou un tempérament sans que l'évolution pathologique ne soit inéluctable. Rappelez-vous, il n'y a pas en psychiatrie, quoiqu'aient prétendu les tenants du credo néo-kraepelinien à l'origine du DSM, de rupture définitive entre le normal et le pathologique. Tout est affaire de circonstances, de situations ou, comme on dit aujourd'hui, de *dimensions* sur un spectre qui va du tout à fait normal au complètement aberrant.

### ***La personnalité phobique ou évitante***

Elle définit des sujets facilement **inquiets** qui redoutent le contact trop proche avec autrui et s'en protègent de diverses manières. On peut les qualifier de timides, d'anxieux ou simplement de réservés. Cela ne les empêche pas forcément de mener une vie harmonieuse.

### ***La personnalité obsessionnelle***

Elle est marquée par le sens de l'**ordre** et de la **parcimonie**. Les obsessionnels n'aiment pas qu'on dérange leurs habitudes, leur cadre de vie. Ils sont pointilleux, minutieux, méticuleux, ce qui peut être une qualité. Parfois près de leurs sous, ils redoutent les dépenses excessives. Volontiers

conservateurs, ils détestent jeter les objets inutiles à la poubelle et s'encombrent parfois de « souvenirs ».

### ***La personnalité hystérique***

Les auteurs du DSM n'aiment pas les hystériques. Ils ont baptisé cette personnalité « histrionique », ce qui n'est pas gentil. Les personnalités hystériques effectivement n'hésitent pas, jusqu'à un certain point, à se donner en spectacle. Elles sont quelquefois dans la nécessité de majorer l'expression de leurs émotions, comme si elles craignaient de ne pas être entendues. Leur besoin de plaire peut être lié à un sentiment d'insécurité qui les pousse à séduire pour s'assurer continuellement de la persistance de l'amour ou de l'intérêt d'autrui. Pensez à la belle-mère de Blanche-Neige interrogeant anxieusement son miroir. En même temps, une dimension phobique les amène, lorsque leurs entreprises de séduction réussissent, à s'écarter de la personne séduite, comme si elles redoutaient dans la poursuite d'une relation une trop grande proximité ou encore une énième déception.

### **Une question indiscreète**

Vous êtes-vous reconnu(e) dans cette énumération ? Peut-être vous sentez-vous un mélange des trois ? On appelle cela la *normalité* !

### ***Le processus***

## ***En biologie***

On ne sait pas grand-chose de la biologie des troubles que nous continuons à appeler *névrotiques*. C'est peut-être l'une des raisons qui ont poussé à les éliminer du DSM, lequel persiste à agiter l'espoir d'une claire explication biologique des troubles mentaux, consacrant l'intégration définitive et indiscutable de la psychiatrie à la médecine. Des études se poursuivent pour caractériser l'héritabilité des tempéraments. On en sait un peu plus sur le stress et sur les mécanismes neurohormonaux qui permettent l'adaptation au stress et la régulation de l'organisme face à une situation stressante. Un débordement de ces capacités d'adaptation joue probablement un rôle dans les états de stress post-traumatiques, mais on ne peut éliminer non plus les facteurs éducatifs et l'histoire de vie dans lesquels s'ancrent le caractère et la personnalité.

## ***En psychopathologie***

Une fois de plus rappelons que la psychopathologie se préoccupe du comment et non du pourquoi. Nous donnerons ici une place prépondérante à la psychopathologie psychanalytique. Les névroses représentent en effet le terrain d'élection de la psychanalyse. C'est autour de la notion de *névrose* qu'elle s'est constituée et qu'elle a trouvé ses indications thérapeutiques spécifiques.

### ***Le symptôme, expression d'un conflit***

L'hypothèse centrale de la psychanalyse est que le symptôme névrotique (phobie, obsession ou conversion somatique) a un **sens**. Il est, on s'en

souvent, une « formation de compromis » qui permet à un désir inconscient refoulé, parce qu'incompatible avec l'image que le sujet se fait de lui-même et avec ses idéaux, de s'exprimer de manière déguisée. Le désir est généralement de nature sexuelle au sens large, c'est-à-dire qu'il est soutenu par une recherche de satisfaction corporelle : la **pulsion**. Ce déguisement est obtenu par l'action de mécanismes de défense qui entrent en jeu lorsque retentit un signal d'alarme prévenant d'un possible échec du refoulement susceptible de ramener à la conscience le désir interdit.

### *L'angoisse, signal d'alarme*

L'angoisse a pour modèle initial le sentiment de détresse aiguë qui saisit le **bébé** lorsqu'il est en proie à un désir inassouvi et soumis à un sentiment de frustration incoercible qu'il ne peut ni élaborer ni maîtriser et auquel il ne peut échapper. Cet état de détresse risque de se reproduire devant un traumatisme, c'est-à-dire devant un débordement du sujet par une excitation trop intense pour être maîtrisée.

### *Le traumatisme, après-coup et pare-excitation*

Dans un premier état de sa théorie, Sigmund Freud attribuait les névroses à un **traumatisme** de nature sexuelle, une séduction précoce. Cette scène de séduction sur le coup n'avait pas de sens pour l'enfant. Il ne découvrait sa signification qu'au moment de la puberté, **après-coup**, lorsqu'un élément contingent de la réalité suscitait par association d'idées une évocation de la

situation traumatique et l'excitation liée à cette scène. Il devait donc se défendre contre cette évocation angoissante et excitante à la fois. Par la suite, on l'a déjà dit, Sigmund Freud minimisa le rôle de la séduction réelle et attribua un rôle plus important aux fantasmes de l'adolescence.

Retrouvant la notion de *traumatisme* avec les névroses de guerre, il en vint à postuler l'existence d'un **pare-excitation**, une structure psychique analogue à la peau d'un organisme physique. Ce pare-excitation, en minimisant les effets sur le psychisme des chocs venus de l'extérieur de la vie psychique (les perceptions excitantes) ou de l'intérieur de cette vie psychique (les pulsions encore plus excitantes), permet de supporter ces chocs. La transformation en pensées (en matériel psychique, en mots, en représentations) de l'énergie de ces chocs diminue l'excitation. Le poids des mots neutralise le choc des images. Lorsque le pare-excitation est débordé dans ses capacités de transformation, il y a effraction. Mis brutalement en face d'un excès d'excitation impensable, le psychisme se désorganise. Faute de pouvoir digérer l'information, il est renvoyé à un mécanisme de répétition, à une sorte de rumination dont l'état de stress post-traumatique est une illustration.

### *Les mécanismes de défense*

Ils ont une fonction de protection en permettant une **évacuation substitutive** de l'excitation liée au désir insatisfait, sans violer les interdits et en maintenant écartées de la conscience, dans l'inconscient, des représentations refoulées. On en décrira trois à titre d'exemples :

✓ Le **déplacement**, c'est le mécanisme de défense essentiel de la névrose phobique. L'angoisse liée au conflit œdipien (le désir sexuel porté sur le parent de sexe opposé et l'interdit de ce désir incestueux) est déplacée sur un objet ou sur une situation extérieurs que l'on peut éviter, alors qu'on ne peut fuir un conflit intérieur.

✓ La **conversion**, c'est le mécanisme de défense essentiel de l'hystérie dite de conversion. Une partie du corps prend un sens symbolique. Le malaise psychique est transformé en malaise corporel. Certaines expressions du langage courant expriment une symbolique ancrée dans la culture qui oriente cette transformation. Ainsi un conflit intrapsychique dont le sujet a « plein le dos » peut se traduire en lombalgie. Grâce à quoi il évite les désordres purement psychiques. On a parlé classiquement de *la belle indifférence* de l'hystérique vis-à-vis de ses difficultés corporelles, comme s'il y trouvait une sorte de satisfaction.

✓ La **formation réactionnelle**, trait de caractère à fonction de mécanisme de défense, est caractéristique de la névrose obsessionnelle. Sigmund Freud a considéré que cette névrose correspondait à une fixation du développement sexuel à une étape marquée par la recherche de plaisir au niveau du fonctionnement anal. Contre le plaisir interdit pris à répandre ses excréments et à jouer avec, le sujet construit des attitudes opposées d'ordre et un souci exagéré de la propreté.

### ***D'autres modèles***

La psychanalyse n'est pas la seule à proposer des modèles du comment des névroses. Les **théories de l'apprentissage**, à la base des thérapies comportementales, et l'appareil expérimental sur lequel elles s'appuient (cf. la fameuse histoire du petit Albert) insistent sur le rôle d'expériences de vie défectueuses qui auraient laissé en héritage un conditionnement. L'angoisse du phobique ou les rituels de l'obsessionnel seraient ainsi des sortes de réflexes conditionnés acquis précocement. Ces théories se compliquent aujourd'hui d'emprunts aux théories cognitives de traitement de l'information. Un certain nombre de méthodes thérapeutiques se fondent sur ces approches.

## Chapitre 12

# La schizophrénie

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Apprendre à reconnaître un schizophrène
- ▶ Savoir différencier les schizophrénies
- ▶ Comprendre les origines et les causes de la schizophrénie
- ▶ Se mettre à la place du schizophrène pour appréhender ce qu'il vit

### *Le sens du mot*

*Schizophrénie* : un mot qui, comme celui d'*autisme*, veut tout dire et n'importe quoi. Écoutez la radio : le chef de l'État est schizophrène, le pays est schizophrène ! *Schizophrène*, dans le langage courant, renvoie à « plein de contradictions, confus, sans direction précise ». En psychiatrie, la schizophrénie ou mieux les schizophrénies (car les formes sont diverses) désignent des troubles mentaux graves qui affectent environ 1 % de la population et entraînent de lourdes souffrances pour les sujets qui en sont atteints et pour leur entourage, notamment familial. On n'est jamais schizophrène tout seul. On souffre, mais on fait aussi souffrir

autour de soi. Autrefois la schizophrénie remplissait les asiles et représentait la plus large part de la population hospitalisée en psychiatrie, souvent au très long cours. Aujourd'hui, grâce aux progrès des traitements, à une amélioration de la tolérance sociale et surtout à une autre façon d'écouter et de prendre en charge les difficultés psychiques sévères, la grande majorité des personnes schizophrènes mène une existence normale, même si elle est entrecoupée de réhospitalisations et de séjours en institutions protégées et même si cette existence ne bénéficie pas toujours des meilleures conditions d'assistance et de soutien. On décrira la schizophrénie du point de vue de l'observateur médical, avant de tenter de pénétrer empathiquement le vécu du schizophrène. Du fait des difficultés de communication inhérentes à la pathologie schizophrénique, ces deux points de vue ne s'accordent pas toujours. Il faut y ajouter un troisième point de vue : celui de la famille, de plus en plus impliquée aujourd'hui dans le drame schizophrénique.

## *Le point de vue de l'observateur médical*

### *Les dimensions cliniques*

La psychiatrie distingue dans la schizophrénie, sous l'influence du DSM, trois dimensions principales, plus ou moins importantes selon les individus et dont on peut mesurer la gravité respective sur des échelles diagnostiques standardisées :

- ▀ la dimension dite **psychotique** ou positive, c'est-à-dire les signes manifestes que quelque chose fonctionne autrement dans la pensée,

qu'il y a quelque chose en plus ou en écart de la normale dans la tête du schizophrène ;

✓ la dimension dite **désorganisée**, c'est-à-dire les troubles de l'organisation des pensées, des sentiments et du langage ;

✓ la dimension dite **négative**, c'est-à-dire le retentissement de cette désorganisation sur le comportement et les relations sociales.

### ***La dimension psychotique***

Elle est caractérisée par l'émergence de deux anomalies, souvent liées entre elles : le délire et les hallucinations.

### **Les idées délirantes**

✓ **Une manifestation de l'étrange** : le délire est parfois évident, au premier plan, envahissant et expansif. Quand le sujet confie ce délire avec facilité, verbalement, par écrit ou dans sa peinture, il lui arrive de procurer à l'observateur un véritable plaisir esthétique. On parle alors d'*art psychopathologique* ou d'*art brut*. Les antipsychiatres l'assimilaient à une transe, à la découverte de continents psychiques inexplorés par notre médiocre pensée de tous les jours. C'est un délire flou, bizarre, difficilement compréhensible, où le sujet peut s'attribuer une puissance sur le monde et sur son destin.

✓ **Une manifestation de la souffrance** : d'autres fois plus discret, quasi silencieux, le délire traduit, quand le patient accepte d'en parler, un sentiment de persécution, d'être la proie d'entités maléfiques qui influencent la pensée, dirigent l'action, imposent des contraintes et des souffrances au corps et à l'esprit.

## Les hallucinations

- ✓ **Les hallucinations proprement dites** : rarement visuelles, parfois olfactives, gustatives, cénesthésiques (de vagues sensations affectant tout le corps), elles sont principalement auditives. Le sujet entend des voix familières ou étrangères, souvent désagréables voire insultantes. Ces voix peuvent donner des ordres, faire des commentaires sur l'action en cours.
- ✓ **Les phénomènes d'automatisme mental** : il arrive que les hallucinations se limitent à un simple écho de la pensée, à l'énonciation de l'acte en cours ou au sentiment de défilement des pensées et des images sous une forme obsédante, le *mentisme* – qui peut survenir, en l'absence de tout processus schizophrénique, chez des sujets anxieux ou avec des difficultés d'endormissement, après abus de psychostimulants.

## *La désorganisation*

Elle correspond à la *Spaltungg* d'Eugen Bleuler.

## La désorganisation des pensées

Les associations d'idées sont perturbées. Elles peuvent se faire sur de simples assonances, des jeux de mots, des voisinages inattendus qui donnent une impression d'absurdité. La réponse à une question est indirecte, se perd dans les détails, dans l'abstraction, parfois dans un raisonnement philosophique. On parle alors de *rationalisme morbide*. De ce fait la communication devient difficile et l'interlocuteur, perdu, peut avoir peine à suivre un discours où les liens entre les idées exprimées paraissent rompus.

## La rupture entre sentiments et pensées

Les émotions semblent sans rapport avec les idées. Un rire ou au contraire une expression de tristesse survient alors que rien de drôle ou de triste (aux yeux de l'observateur) n'est raconté. On parle de rires ou de pleurs **immotivés** – simplement parce que l'observateur n'en comprend pas la motivation.

## La désorganisation du langage

On ne voit plus guère de cas de schizophasie, où les patients paraissent s'exprimer dans une langue connue d'eux seuls. Mais les **néologismes** sont assez fréquents, déformations de mots ou inventions de mots nouveaux. Le malade peut se réfugier dans l'**abstraction** ou, au contraire, s'exprimer seulement de manière concrète ignorant la métaphore. Le mot colle alors à la chose représentée. On a parlé d'**hyperréalisme**, d'équation symbolique, pour désigner cette confusion du mot et de la chose, du signifiant et du signifié.



## Une métaphore qui tue

Valentin était tombé amoureux d'une infirmière. Hélas, le jour où il lui déclara sa flamme, il essuya un refus, un refus poli, mais un refus quand même. Depuis il répétait que cette aventure (ce « râteau » comme disent aujourd'hui les jeunes) lui « avait brisé le cœur ». Après

réflexion, il demanda à son psychiatre de l'adresser à un cardiologue pour vérifier l'état de ce « cœur brisé » et ses chances de survie.

### *Les signes négatifs*

La vie psychique du schizophrène est appauvrie. Cet appauvrissement touche l'affectivité, les relations sociales, le fonctionnement cognitif et retentit sur le comportement global. Il est difficile de faire la part dans ces signes négatifs de la maladie elle-même et des conséquences des traitements médicamenteux ou de l'absence de contacts stimulants en institution.

#### **L'appauvrissement affectif**

L'affectivité est dite **émoussée**. Même si le sujet atteint de troubles schizophréniques peut ressentir des émotions, parfois vives, et des angoisses térébrantes, celles-ci sont souvent ralenties dans leur expression, amenant l'observateur à supposer une indifférence ou une perte de réactivité émotionnelle aux événements de la vie quotidienne.

#### **L'anhédonie**

On emploie ce mot savant, encore une fois emprunté au grec, pour désigner un défaut d'engagement dans les contacts avec les autres, qui ne donnent plus de plaisir (*hédonée*). Il s'ensuit un **retrait social** pouvant aboutir à l'autisme au sens d'Eugen Bleuler, c'est-à-dire un repli sur un monde peuplé d'images et de préoccupations très personnelles et difficilement communicables. Le sujet peut s'absorber dans des

comportements ou des préoccupations répétitifs, stéréotypés, qui évoquent les TOC, mais avec un aspect étrange ou abstrait.

### **Le déficit cognitif**

Les capacités d'attention, de concentration sont diminuées. Eugen Bleuler parlait d'*abêtissement progressif*. Les troubles schizophréniques gênent l'acquisition des connaissances, retentissent négativement sur les études ou sur la poursuite d'une activité professionnelle.

### **L'apragmatisme**

Encore un mot venu du grec où *pragma* signifie l'action. Les sujets atteints de troubles schizophréniques ont des difficultés à entreprendre et à maintenir le cap dans une action organisée. Ils peuvent avoir un aspect négligé, vivre dans le désordre, être gênés pour contrôler de manière appropriée leur comportement global.

## ***L'évolution***

### ***Le début***

Débutant habituellement dans la post-adolescence ou à l'entrée dans l'âge adulte, parfois un peu plus tôt, parfois un peu plus tard, les troubles schizophréniques peuvent apparaître :

- ✓ **brutalement** sous la forme d'un épisode délirant soudain, d'un retrait social inexplicable, de préoccupations mystico-religieuses ou alimentaires inhabituelles ;
- ✓ **progressivement** sous la forme d'un épisode dépressif atypique avec manque

d'entrain, morosité, un certain degré d'incurie, l'apparition de troubles obsessionnels compulsifs ou phobiques, un désengagement scolaire, des préoccupations hypocondriaques, une inquiétude sur l'aspect physique.

Une enquête rétrospective montre que généralement, depuis plusieurs mois ou années avant l'écllosion de troubles plus manifestes, le sujet se sentait devenir différent, étranger à lui-même et aux autres, s'interrogeait sur le sens de sa vie. Il est parfois difficile de distinguer cette **perplexité**, à teinte métaphysique, d'un banal processus de quête de soi et des questions identitaires que se posent nombre d'adolescents. Il faut donc rester prudent devant les projets de dépistage précoce qui visent à soumettre des jeunes, décrétés à risque, à des médications préventives qui, elles, ne sont pas sans risque.

### ***Le long cours***

La vie des sujets souffrant de troubles schizophréniques n'est pas un long fleuve tranquille. Grâce aux soins actuels psycho- et chimiothérapeutiques, à la diversité des institutions adaptées en principe aux diverses phases de la maladie, grâce aussi aux entreprises de réhabilitation sociale, nombreux sont ceux qui parviennent, avec le soutien de leur famille lorsqu'ils en ont une, à échapper à la désespérante **chronicité hospitalière** qui était autrefois leur lot.

Ils restent néanmoins, dans la majorité des cas, des personnes « **handicapées psychiques** » qui ont besoin de compensations sociales et d'une aide conséquente. Bien peu parviennent à

construire avec un(e) partenaire une vie affective stable. Leur vie professionnelle reste précaire sinon inexistante, en dehors des milieux de travail protégés.

Ils n'évitent pas toujours les rechutes et les réhospitalisations de plus ou moins longue durée, déclenchées par un abus de substances toxiques, un événement de vie traumatique ou simplement une rupture de traitement, nécessitant parfois un placement sans consentement.

### ***La schizophrénie résiduelle***

En vieillissant, les schizophrènes qui ont réussi à maintenir un certain degré d'intégration sociale voient leurs troubles positifs (le délire, les hallucinations) s'atténuer. Ils conservent généralement une désorganisation de la pensée plus ou moins importante et une baisse de leurs capacités cognitives. Ils peuvent présenter un état dépressif chronique lié à leurs difficultés de vie.

### ***Les formes***

Les troubles schizophréniques sont en fait multiples, avec des degrés de gravité et des aspects très divers. Emil Kraepelin avait déjà distingué :

- ✓ une **forme paranoïde** dominée par le délire ;
- ✓ une **forme hébéphrénique** dominée par la désorganisation ;
- ✓ une **forme catatonique** caractérisée par des attitudes figées qui pouvaient être maintenues

des heures durant.

Cette dernière a pratiquement disparu. Les cas où la désorganisation de la pensée et de la personnalité est à son comble et où l'autonomie est profondément mise en cause obligent encore à recourir à une hospitalisation prolongée ou à une autre prise en charge intensive substitutive dans une institution pour personnes dépendantes.

À l'inverse d'autres situations sont d'un meilleur pronostic. On rattache aujourd'hui à la schizophrénie des formes dites dysthymiques ou schizoaffectives proches des troubles bipolaires avec des phases d'excitation et de dépression atypiques, entrecoupées de rémissions, ainsi que des troubles dits schizophréniformes, parfois réactionnels à un traumatisme affectif, où le délire bruyant est passager. Ces troubles, qui correspondent à ce que la psychiatrie française appelait traditionnellement des *bouffées délirantes*, peuvent guérir sans laisser de séquelles.

### ***Les schizophrènes sont-ils dangereux ?***

Statistiquement, les patients schizophrènes ne sont pas plus dangereux que le commun des mortels. On court davantage de risques en conduisant sa voiture sur une route qu'à leur contact ou en leur compagnie. Ils sont plus souvent victimes d'agresseurs peu scrupuleux, profitant de leur faiblesse, qu'eux-mêmes violents ou agressifs. Cela dit, vous avez sans doute en mémoire des faits divers sanglants. Relativement rares, ils frappent l'imagination par leur caractère spectaculaire, étrange, en apparence immotivé. Un crime sans autre explication que la folie effraie

plus qu'un crime crapuleux ou passionnel ordinaire. La loi permet au représentant de l'État (le préfet, le maire, le commissaire de police) de placer sans son consentement en milieu hospitalier psychiatrique un sujet jugé dangereux pour lui-même et pour les autres. Ces placements ne concernent qu'une petite minorité des personnes souffrant de troubles schizophréniques.

### ***Le pourquoi de la schizophrénie***

Il reste encore largement énigmatique.

### ***Deux genres d'hypothèses simplistes***

Comme toujours en psychiatrie, on retrouve le vieil affrontement entre hypothèse psychogénétique et hypothèse organiciste, un affrontement stérile en passe d'être dépassé.

### **Les hypothèses psychogénétiques**

Elles ont mis en cause l'environnement familial et singulièrement la mère, décrite par certains psychiatres (surtout américains) dans les années cinquante sous le nom de ***mère schizophrénogène***. Ce terme a fait scandale auprès des parents. On les comprend. Selon la typologie alors à la mode, cette mère était une mère pleine de contradictions, apparemment aux petits soins pour son enfant, voire fusionnelle, mais sourdement rejetante, ne laissant aucune place à l'expression du désir propre de l'enfant qu'elle prétendait façonner selon son seul désir à elle, un désir en outre indiscernable, tissé de paradoxes.

L'école du psychanalyste français Jacques Lacan a ajouté un autre péché à la liste : cette mère aurait « **forclos le nom-du-père** », expression complexe qui semble signifier qu'elle ne laissait au père aucune place pour exercer son rôle différenciateur.

Une autre école dite systémiste, extérieure à la psychanalyse, a considéré que le schizophrène identifié comme tel n'était que le témoin d'un **dysfonctionnement du système familial** dans son ensemble et que sa pathologie résultait de formes de communication pathologiques dans la famille tout entière, faisant là aussi peser sur le futur patient des paradoxes insolubles. Transposant l'antique théorie de la dégénérescence, on a aussi invoqué le rôle pathogène de secrets de famille et de non-dits obscurément transmis de génération en génération. L'adage un temps à la mode selon lequel « il faut trois générations pour faire un schizophrène » ne repose sur aucune étude sérieuse.

### **Les hypothèses organicistes**

À l'opposé, on a affirmé l'**origine génétique** des troubles schizophréniques. Le ou les gènes de la schizophrénie, toujours en attente de découverte, coderaient la régulation du taux de certains neuromédiateurs – notamment la dopamine qui serait en excès dans certaines synapses. Les troubles schizophréniques seraient-ils alors dus à un trop plein de dopamine entre les neurones, comme les symptômes du diabète à un taux élevé de sucre dans le sang ? C'est probablement plus compliqué.

### ***Les hypothèses actuelles***

Elles sont beaucoup plus modestes, laissent une plus grande place à l'inconnu, donc à la recherche, et surtout tentent de saisir les phénomènes dans leur complexité, sans simplification abusive.

Nombre d'auteurs définissent les troubles schizophréniques comme des **troubles du développement cérébral**, ce qui expliquerait l'apparition relativement tardive et l'évolution de longue durée. Ces troubles du développement cérébral affecteraient plus particulièrement ce qu'on appelle communément le *cerveau social*, c'est-à-dire l'ensemble des réseaux de neurones impliqués dans la formation de la conscience de soi comme différent d'autrui et dans la connaissance et la compréhension des états mentaux, les siens et ceux des autres. Ces réseaux joueraient notamment un rôle dans l'attribution d'une intention ou d'une action à soi ou à autrui. Du fait de la plasticité cérébrale, le développement de ces réseaux, en grande partie innés, commandés par des gènes qui interagissent entre eux, est modelé par la manière dont ils sont mis en action, ce qui donne une place à l'environnement.

La question de l'inné et de l'acquis, de ce qui revient aux gènes et de ce qui revient à l'environnement, est par ailleurs, on l'a dit, entièrement renouvelée aujourd'hui. Il semble en effet que les conditions environnementales puissent favoriser ou au contraire inhiber l'action des gènes.

On en arrive ainsi à une hypothèse dite de **stress-vulnérabilité** qui fait place à la fois à une prédisposition organique et à des facteurs accidentels précipitants, au nombre desquels il faut compter la prise intensive de substances toxiques à l'adolescence.

## *Le vécu schizophrénique*

### *Quelques mots d'introduction*

Le point de vue médical est traditionnellement **objectivant**. Il consiste à isoler des signes visibles répétés dans un grand nombre de cas, à les rassembler pour faire un diagnostic et à prescrire un traitement adapté pour les atténuer ou les faire disparaître.

Le psychiatre est un médecin spécial. Il ne se contente pas de ce qui se voit ou s'entend. Il cherche à **pénétrer la subjectivité** de ses patients. Il essaie de se mettre à leur place pour comprendre ce qu'ils ressentent et ce qu'ils désirent, pas seulement ce qu'ils subissent, leur pathologie (de *pathè* qui en grec signifie « état passif » et secondairement « souffrance »), mais aussi cette action, souvent maladroite, par laquelle ils cherchent à se protéger de la souffrance. En tentant de les comprendre, le psychiatre espère aider ses clients à mieux se comprendre et, par-là, à souffrir moins et à choisir des modes de défense mieux adaptés et plus efficaces.

Dans le cas des troubles schizophréniques, cette démarche empathique n'est pas aisée. Le schizophrène érige entre lui et les autres une

**barrière protectrice.** Coupé à l'intérieur de lui, il se coupe des autres. D'où le sentiment d'étrangeté qui envahit l'interlocuteur du schizophrène, confronté à un vécu de catastrophe et à des protections érigées par le patient contre ce vécu.

### ***Un vécu de catastrophe***

Une approche objective purement médicale néglige souvent ce point : le patient atteint de troubles schizophréniques est en grande **souffrance**. Surtout dans les périodes aiguës, il est traversé d'angoisses liées à une perte de contact avec la réalité, qui peuvent lui faire redouter une catastrophe cosmique où il s'anéantirait avec le monde qui l'entoure.

### ***La perte des limites du Moi***

Cette *agonie psychique* efface les limites entre soi et les autres. Le patient peut avoir le sentiment d'être pénétré par les autres ou au contraire d'être absorbé, de se vider en eux.

### ***La machine à influencer***

Perdant les limites de son être, il n'est plus maître de lui, mais peut se sentir victime d'une machine qui le commande. Ses intentions viennent d'ailleurs et ne lui appartiennent plus. Il s'évanouit en tant que sujet de ses actes qui deviennent des actes imposés.

### ***Un vécu d'insignifiance***

Plus rien n'a de sens. Ceux qui tentent de l'approcher pour l'aider sont à leur tour

condamnés à l'inanité, à la perte d'importance. Ils ne sont plus que des pions dans un jeu dont la signification et les règles échappent au sujet.

### **L'angoisse de morcellement**

Un sujet qui se sent partir en morceaux se décompose sous le regard d'autrui, reçu comme une menace à son intégrité. Au lieu de trouver un réconfort dans l'intérêt porté par autrui, il ressent l'attention de l'autre comme une séduction violente, une attraction vers l'autre susceptible de l'englober et de le digérer par petits bouts. Les dessins de schizophrènes témoignent parfois de ce tourbillon dans lequel le sujet se sent pris et auquel il ne peut échapper.

### **L'intolérance des conflits intrapsychiques**

Notre vie psychique est faite de conflits. On peut en vouloir à une personne aimée, hésiter entre plusieurs croyances avant de prendre une décision. Le sujet schizophrène ne supporte pas ou mal les conflits car ils accroissent son sentiment d'être au bord d'un abîme où il risque d'être précipité. La tension liée au conflit intérieur devient vite insupportable.

### ***Les mécanismes de défense***

Pour se protéger contre le retour de la catastrophe, le sujet atteint de troubles schizophréniques utilise un certain nombre de mécanismes de défense, on devrait dire des mécanismes de survie.

### **La projection**

La projection consiste à expulser hors de soi les sources d'angoisse et à attribuer à autrui ce dont on veut se débarrasser. « Ce n'est pas moi, pense le schizophrène, qui aime et déteste à la fois celui qui s'occupe de moi. C'est lui qui manque de sincérité à mon égard. »

### **Le déni de réalité**

« La réalité, en particulier cette part de réalité peuplée d'êtres humains qui me regardent, m'écoutent, est dangereuse par l'attrait qu'elle exerce sur moi. Je nie son existence. À sa place je mets les produits de mon imagination : des ondes, des gaz, des extraterrestres. Je remplis l'univers de mes hallucinations et de mon délire. Les images que je produis, même si elles sont horribles, sont moins inquiétantes qu'une réalité subie. » On a pu dire que le schizophrène poursuivait « un combat singulier » avec la réalité.

### **Le clivage**

Quel meilleur moyen d'éviter le conflit, une fois qu'il a été projeté à l'extérieur de soi, que de diviser le monde en deux parts égales : d'un côté les bons, objets d'idéalisation voire d'une adoration qui peut aller jusqu'à un amour dévorant, de l'autre les méchants entièrement et uniquement méchants. Ce **manichéisme** schizophrénique peut affecter le fonctionnement des institutions ou l'entourage familial. Des personnes seront vécues comme des persécuteurs, d'autres comme des bienfaiteurs sans limites. Ces divisions sont parfois à la source de conflits dans l'environnement. Séduits à leur tour, pris dans un duo magique, les bienfaiteurs se mettent à croire à leur bonté parfaite. Ils sont les seuls à comprendre le sujet, à pouvoir l'aider. Ils lisent ses pensées,

devinent ses moindres désirs. Les autres n'ont qu'à se taire ou à s'éloigner, ce qu'ils font parfois en se désintéressant du patient. Le sujet schizophrène assiste à la bataille qu'il a déclenchée et s'appuie sur les scissions qu'il a provoquées. Au bout du compte, ces divisions maintiennent autour de lui une atmosphère de batailles peu propice à son retour à l'équilibre. Il suffit en effet d'une petite déception pour que la personne idéalisée soit soudain dépouillée de ses attraits et bascule dans le camp des persécuteurs. À l'inverse les persécuteurs peuvent se fâcher et devenir vraiment méchants.

### *La fragilité et la force des schizophrènes*

À nu devant la menace que présente pour lui l'existence d'autres différents de lui, sources d'excitation et de désir qui le déstabilisent, écorché vif, le schizophrène a besoin d'un pare-excitation de fortune. Grâce à ses mécanismes de défense, il parvient à construire un milieu qui lui tient lieu de coquille, un milieu qui a une certaine solidité, qu'il habite à la manière d'un bernard-hermite et qu'il ne veut quitter à aucun prix. Il s'approprie le langage commun et le reconstruit à son usage, il s'imagine tout-puissant pour contrer son profond sentiment d'impuissance, il refuse toute dépendance et notamment cette dépendance originelle qui fait de nous les enfants nés d'un désir qui nous a précédés.

### **Le rapport au langage**

On peut comprendre le rapport curieux du schizophrène au langage comme un déficit, une désorganisation. On peut y voir aussi et en même temps l'expression d'une volonté de maîtriser la

langue dans ce qu'elle véhicule de sens, un sens qui vient d'autrui et qui par-là s'impose au sujet et limite sa liberté.



## *Le schizo et les langues*

C'est le titre d'un livre qui eût son heure de gloire. L'auteur, Louis Wolfson, affirme avoir été diagnostiqué schizophrène, avoir été interné et avoir subi des électrochocs. Plein de rancune contre sa mère (et en même temps attaché à elle comme une sangsue), il avait pris en horreur l'anglais, sa langue d'origine. Ayant appris un grand nombre de langues étrangères, il avait inventé un système de traduction très rapide qui lui permettait de traduire immédiatement les propos de sa mère en russe, en allemand, en français, en hébreu, etc. C'était pour lui la seule façon de tolérer la parole maternelle. Écrit en français, son livre raconte cette curieuse gymnastique linguistique. Un processus analogue est peut-être à l'œuvre dans la fabrication des néologismes auxquels excellent certains schizophrènes.

Comme jadis les fous du roi, des patients particulièrement subtils utilisent aussi leur pathologie pour exprimer de manière indirecte et parfois énigmatique des vérités qui ne sont pas toujours bonnes à dire.



## Fou peut-être, malin sûrement

L'histoire est ancienne. Le général de Gaulle était alors président de la République et Georges Pompidou Premier ministre. J'étais alors l'assistant du chef d'un service de psychiatrie, en quelque sorte toutes proportions gardées son premier ministre. J.-D., schizophrène de haute volée, était hospitalisé depuis des années. Il avait selon lui inventé un avion révolutionnaire et inondait de lettres les autorités, jusqu'au gouvernement, pour réclamer la reconnaissance de son brevet. Nous avons eu quelques mots au sujet d'une de ses nombreuses demandes à laquelle je m'étais maladroitement opposé, déclenchant sa colère. Le lendemain il se plaça près de la porte d'entrée, à mon arrivée, et me fixant droit dans les yeux annonça avec force : « Pompidou est le roi des c... » Je ne pouvais évidemment lui en vouloir de cette remarque apparemment déconnectée de notre réalité commune et insérée dans son délire habituel.

### L'omnipotence schizophrénique

« Je peux tout, essaie de faire croire le schizophrène, et nul n'est en droit ou en fait capable de s'opposer à ma puissance. » Certains

délires expriment ce sentiment d'omnipotence, toujours en danger d'être démenti par la réalité et qui ne peut être maintenu qu'au prix de son déni massif.

### **Le fantasme d'autoengendrement**

Pour mieux lutter contre une dépendance qui risquerait de l'emporter dans des profondeurs insoutenables, le schizophrène peut nier sa filiation. Il n'est pas l'enfant de ses parents mais fils de ses seules œuvres. Ou alors il s'imagine avoir présidé à sa conception.



## **Ce n'est pas ma faute si je suis né.**

Par un curieux procédé de renversement, assez habituel dans la pensée schizophrénique, le même J.-D. attribuait aux autres une accusation fondée sur un fantasme d'autoengendrement dont il se défendait, d'une manière pas très délicate. Quand il se trouvait devant une difficulté de l'existence, il hurlait : « Ce n'est pas ma faute si la bite de mon père a tapé dans la connasse de ma mère et si les vingt-trois chromosomes de l'un se sont unis aux vingt-trois chromosomes de l'autre. » On aurait dit qu'il y était et qu'il avait présidé à l'acte !

### **La paradoxalité des schizophrènes**

Les schizophrènes maintiennent autour d'eux une atmosphère paradoxale. Ils communiquent de manière bizarre et entretiennent chez leurs interlocuteurs un sentiment d'étrangeté qui tient les autres à distance et les empêche d'approcher. On a parlé à leur propos de « haine de la santé mentale » (d'autrui), d'« envie destructrice », d'« effort pour rendre l'autre fou », comme si le schizophrène cherchait à attirer les autres dans son monde, à homogénéiser l'univers sous son signe pour mieux se fondre dans un magma indifférencié. Cet effet paradoxal sur l'environnement n'a pas été assez pris en considération par ceux qui, un peu vite, ont attribué la schizophrénie à un environnement pathogène.

### *Les difficultés du traitement*

#### **En phase aiguë**

L'insistance du schizophrène à s'isoler ou à **attaquer les liens** avec ceux qui l'entourent peut s'imposer avec force à l'environnement familial, social et thérapeutique, rendant l'approche et le traitement difficiles. Souvent refusé parce que source de dépendance – une dépendance vécue comme la menace du retour du vécu de catastrophe –, le traitement doit parfois être imposé. Cette imposition (isolement en cellule, contention physique, utilisation de drogues qui emprisonnent le corps et diminuent la vigilance) est elle-même vécue sinon comme la catastrophe du moins comme ses prémices annonciatrices. On ne peut toujours l'éviter. Il est préférable de n'y recourir qu'en dernière extrémité et de tenter des approches plus progressives, une sorte d'apprivoisement psychologique qui reconnaît la **fonction défensive des symptômes**, leur utilité

protectrice pour le patient et sa nécessité d'être rassuré sur son destin avant de pouvoir les abandonner. Cela prend du temps, exige un personnel formé, mobile et disponible, capable d'aller rencontrer le patient là où il se trouve, là et quand il veut bien accepter une rencontre. Cela nécessite aussi de la patience, en particulier de la part des proches.

### **Au long cours**

La **continuité du traitement**, si possible aussi longtemps que possible avec les mêmes personnes ou au moins la même équipe, est probablement l'essentiel de l'aide que la psychiatrie peut apporter à un patient schizophrène, quelles que soient les méthodes utilisées. Elle permet l'établissement d'une confiance réciproque, source d'une « **alliance thérapeutique** ».

✓ Les **médicaments** sont surtout utiles en phase aiguë. Ils gardent leur place dans le traitement au long cours car ils préviennent les hallucinations. Certains auraient un effet sur la désorganisation de la personnalité et sur les signes négatifs. Ils ne sont pas sans effets secondaires, ce qui les rend parfois difficiles à tolérer, entraînant alors des arrêts de traitement parfois néfastes. Ils ne sont pas non plus sans danger (complications diabétiques ou cardiaques, obésité). Pour faciliter leur prise, on s'intéresse aujourd'hui à des méthodes psychoéducatives qui aident les patients à prendre conscience de la nature pathologique de leur fonctionnement mental et des moyens de se traiter.

✓ Les **traitements psychothérapeutiques** individuels ou collectifs ne sont pas toujours possibles, faute de personnel, et nécessitent de nombreuses adaptations à la personnalité

des patients pour surmonter leurs réticences. Ils sont pourtant capitaux si l'on veut aider le schizophrène à mener sa vie parmi les autres, à développer ses potentialités autocuratives et à retrouver l'estime de soi.

➤ On propose aussi des **programmes de régulation du comportement et de réhabilitation** psychosociale. Ils nécessitent une coopération des patients et des compétences cognitives (un certain degré de conscience, d'attention, de capacité à s'engager dans une action, la planifier et la poursuivre) qui ne sont pas le lot de tous.



## **Le schizophrène a-t-il conscience de ses troubles ?**

Classiquement on opposait le *névrotique* (celui qui a conscience de ses troubles) et le *psychotique* (qui ignore son état morbide). Les choses ne sont pas si simples. L'halluciné sait bien que ses voix ont une tonalité très différente des voix de ses interlocuteurs habituels. Il reconnaît leur nature étrange et n'est pas loin de se penser « dérangé ». Le délirant, même s'il paraît tenir bon à sa conviction et refuser qu'on la mette en cause, sait bien aussi qu'elle n'est pas partagée et a des moments de doute. J.-D., toujours lui, lors d'une promenade collective à Genève avec les patients du service, m'avait demandé de

l'accompagner au Bureau international du travail pour réclamer son embauche à un poste à haute responsabilité dans une usine d'aviation. Nous fûmes reçus par un employé galonné qui lui expliqua, avec beaucoup de patience et de gentillesse, les limites de l'intervention de son organisation vouée au seul règlement des problèmes internationaux. Au retour, un peu déçu, J.-D. me confiait : « Je sais bien que je n'entrerai jamais dans une usine d'aviation et que mon brevet ne sera jamais reconnu, mais j'ai trop besoin d'y croire. Que deviendrais-je hors de l'hôpital psychiatrique ? Un pauvre type abandonné de tous, sans métier, sans ressources, sans maison. » Une heure plus tard, il avait repris son délire et ses revendications.

### *L'optique du rétablissement*

Venu des États-Unis, un courant nouveau tente de reprendre sur un mode différent les idées de l'antipsychiatrie. Il ne s'agit pas tant de nier la maladie mentale que d'aborder les sujets handicapés psychiques sous l'angle de leurs **possibilités** plutôt que sous celui de leurs déficiences. Le trouble schizophrénique est considéré comme un événement de l'existence dont le sujet doit s'accommoder, mais aidé dans la démarche personnelle qu'il a engagée pour vivre positivement avec ce trouble, soutenu dans les initiatives qu'il prend pour organiser sa vie en fonction de ce trouble. Il s'agit moins d'apporter de l'extérieur un soin que de favoriser une prise en mains de son destin par le sujet handicapé (ce qu'on appelle en américain l'*empowerment* de

*power* qui signifie, comme on sait, « pouvoir »). Concrètement, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) qui se développent actuellement en France, ainsi que les mouvements de malades ou d'anciens malades représentent autant de manifestations de cette optique, qui s'inscrit d'une manière plus générale dans la conquête par l'usager d'une nouvelle place sociale. Aux États-Unis et au Canada, ces mouvements ont pris pour devise « *Nothing about us without us.* » (« Rien à notre sujet sans nous. »)

## ***Le point de vue des familles***

### ***Des interlocuteurs longtemps négligés***

On a vu que la prise en charge des personnes que l'on n'appelait pas encore schizophrènes était fondée sur l'isolement. La famille était tenue sinon pour responsable des troubles, du moins pour un milieu peu favorable à leur traitement. Les thèses de certains psychanalystes comme celles des systémistes n'ont fait que confirmer cette défiance. Tenues à l'écart, les familles ont de leur côté longtemps trouvé avantage à abandonner totalement ou partiellement, quelquefois à oublier ou à cacher leur fils ou leur fille difficile à supporter, voire perçu comme atteint d'une maladie honteuse.

### ***Un changement de mentalité***

Les dernières décennies ont apporté un changement considérable dans les mentalités :

- ✓ La **désinstitutionalisation** et la fermeture de lits psychiatriques dans la plupart des pays

économiquement développés ont amené les familles à devoir cohabiter dans une proximité plus grande avec leurs membres atteints de troubles schizophréniques et donc à souffrir beaucoup plus intensément de l'effet de ces troubles sur l'atmosphère familiale.

➤ **L'évolution sociale**, le resserrement sur la famille nucléaire, l'allongement des études, les difficultés économiques ont retardé l'autonomie des enfants et accru les préoccupations des parents quant à la destinée de leurs rejetons en les plaçant davantage en situation de responsabilité.

➤ Comme tous les usagers de services ou de produits de consommation, les familles réclament des informations, des possibilités de choix, une prise en compte de leur opinion. Elles exigent de l'expert désacralisé **d'avantage d'écoute**.

### *Les mouvements de famille*

Pour obtenir des droits et des compensations matérielles pour leurs enfants malades, pour attirer l'attention de la société et de ses représentants, mais aussi pour faire évoluer la place que leur accordent les professionnels dans les programmes de soins et de réadaptation, les familles se sont regroupées en **associations** et font entendre leur voix. Elles inspirent des projets de loi, créent des institutions répondant à leurs vœux, influencent l'orientation des thérapeutiques. Elles inscrivent dans leurs revendications la critique de certains fonctionnements des institutions psychiatriques, à leur avis trop respectueuses de l'expression d'une demande du patient, trop attentistes et insuffisamment interventionnistes dans des situations souvent dramatiques. Un

dialogue nouveau s'est noué entre familles et professionnels, souvent fécond malgré les divergences et les malentendus qui continuent, çà et là, de le grever.

## **Chapitre 13**

# **La paranoïa**

---

### ***Dans ce chapitre :***

- ▶ Apprendre à reconnaître les visages et les traits de la paranoïa
  - ▶ Comprendre le processus paranoïaque
  - ▶ Découvrir les traitements possibles de la paranoïa
- 

### ***Le sens du mot***

Encore un mot qui est passé dans le langage courant, surtout sous sa forme diminutive : *parano*. Venu lui aussi du grec, il désigne une pensée « à côté ». Contrairement aux schizophrènes, les paranoïaques sont logiques, parfois trop logiques, tellement logiques qu'ils peuvent être convaincants. On distingue la personnalité paranoïaque et les délires chroniques qui peuvent venir se greffer sur cette personnalité.

### ***La personnalité paranoïaque***

Elle est caractérisée, on l'a vu, par quatre traits principaux :

- ✓ la **surestimation du Moi** ;
- ✓ la **méfiance** ;
- ✓ la **fausseté du jugement** ;
- ✓ la **psychorigidité**.

On remarquera l'aspect négatif de ces formulations. Les psychiatres n'aiment pas beaucoup les paranoïaques. Peut-être en ont-ils peur. Il est vrai que les paranoïaques peuvent être dangereux et aller au bout de leurs idées en agressant violemment leurs persécuteurs supposés, y compris leur médecin. Encore une fois vous reconnaîtrez sinon vous-même du moins des familiers. Entre le parano normal, un peu pénible pour l'entourage, et le parano pathologique, la frontière n'est pas nette.

### ***La surestimation du Moi***

Le paranoïaque est volontiers **méprisant**. Les autres ne lui arrivent pas à la cheville et il porte sur eux un jugement négatif. Ce sont tous des imbéciles qui ne comprennent pas sa supériorité.

### ***La méfiance***

Un individu aussi évidemment supérieur, mais dont la **supériorité** n'est pas reconnue, ne peut faire confiance à personne. Il doit toujours être sur ses gardes et suspecter chez autrui des menées ou des sentiments hostiles. Il court le risque permanent de « se faire avoir ».

### ***La fausseté du jugement***

« Ma pensée ne se trompe jamais » disait un sujet paranoïaque. Une pensée qui ignore à ce point le **doute**, qui se prétend toujours lucide, transparente à elle-même, sans arrière-pensées, ne peut que se fourvoyer. En n'acceptant jamais de se tromper, en ne remettant jamais en cause leur jugement, en excluant l'étape indispensable de la délibération intime, les paranoïaques sont exposés à l'erreur.

### *La psychorigidité*

La psychorigidité s'oppose à l'empathie, cette souplesse psychique qui permet de prendre un autre point de vue que le sien et de se mettre ainsi à la place d'autrui. Les paranoïaques souffrent d'un **défaut d'empathie**. Ils n'ont qu'un point de vue, le leur, et ne peuvent accomplir le mouvement psychique nécessaire pour changer de perspective. D'où leur incompréhension des états mentaux d'autrui et un agrippement opiniâtre à leur seul avis sur les autres et sur le monde.

## *Les délires paranoïaques*

Les paranos peuvent vivre, plus ou moins bien, avec leurs « traits de personnalité ». Quand la vie devient trop difficile et la réalité trop dure à supporter, ils peuvent aussi, généralement vers le milieu de la vie, parfois plus tôt, s'inventer une réalité « à côté » qui répond davantage à leurs désirs. On dit alors qu'ils délirent, au sens étymologique qu'ils sortent du sillon.

### *Les contenus du délire*

Les contenus du délire sont très variés et ont donné lieu à des **classifications** qui faisaient le

bonheur des anciens cliniciens. On différenciail alors avec beaucoup de finesse le délire de jalousie, celui des revendicateurs s'estimant lésés dans leurs projets ou dans leurs inventions, le délire de ceux qui se croyaient aimés et ne l'étaient pas (l'érotomanie), la mégalomanie de certains, les idées de persécution de tous, les procéduriers persécuteurs persécutés, les délires de filiation, etc. Ces délires sont habituellement bien structurés, ne s'accompagnent pas d'hallucinations. Le sujet garde toutes ses facultés intellectuelles.

### ***Le délire partagé ou folie à deux***

La force de conviction du paranoïaque peut être telle qu'il peut communiquer sa croyance à un autre, sur lequel il exerce son influence. Dans les *folies à deux*, il y a presque toujours un meneur et un mené.

### ***L'évolution***

- ✓ Le délire peut être précédé par une phase de **perplexité** : le sujet vit dans une atmosphère d'interrogation, de doute angoissant. Quelque chose cloche, il ne sait pas quoi.
- ✓ Puis surgit l'**explication délirante** : « C'était donc ça. »
- ✓ Une fois établie, la conviction délirante reste en général **inébranlable**. C'est elle qui peut conduire à des passages à l'acte violents tout à fait légitimes aux yeux du sujet. Ils ne sont pas aussi fréquents ni aussi dangereux qu'on le croit généralement et la violence reste souvent verbale ou se manifeste par des écrits vengeurs où abondent les majuscules et les mots soulignés.

## *Les formes*

Elles sont classiquement au nombre de deux :

- ✓ une forme **sthénique**, agressive et parfois violente ;
- ✓ une forme dite **sensitive**, où le sujet, exagérément sensible aux petites rebuffades, s'enferme dans un sentiment de persécution douloureux et timide.

## *Le processus paranoïaque*

Il repose sur plusieurs mécanismes psychiques et traduit profondément une quête d'idéal toujours frustrée.

## *Les mécanismes*

On en retiendra deux :

- ✓ **L'interprétation** : souvenez-vous, le paranoïaque ne supporte pas l'incertitude. Il donne du sens à tout, un sens inquiétant. Comme un policier (ou comme un psychanalyste !), il est toujours en quête d'indices qui viennent alimenter sa méfiance ou confirmer son délire.
- ✓ **La projection** : elle n'est pas propre au paranoïaque. On l'a déjà rencontrée chez le schizophrène. Vous savez qu'elle consiste à attribuer à autrui ses propres états mentaux inconscients. La haine ou l'envie que le paranoïaque pourrait ressentir est renvoyée au dehors. Elle vient désormais d'ailleurs.



## Une question de Freud

Freud, lucide, s'interrogeait. Entre les constructions du psychanalyste qui « interprète » et l'interprétation délirante, où est la différence ? On pourrait en dire autant du chercheur scientifique qui précède son expérience en faisant une hypothèse à partir de quelques indices rencontrés dans la réalité qu'il étudie et nécessairement interprète. Le chercheur comme le psychanalyste sont cependant ouverts au doute. Dans sa psychorigidité, le paranoïaque s'il sait interpréter (souvent avec un remarquable talent d'observation et de déduction) ne sait pas douter.



## Le président Schreber

Président de chambre au tribunal de Dresde, le président Schreber a laissé un livre autobiographique où il raconte son délire et son internement. Analysant ce texte, Freud a prêté au président un amour homosexuel inconscient pour son médecin. Il décrit son délire de persécution comme le produit d'un renversement et d'une projection : « Je l'aime [sentiment inconscient et inacceptable en ces temps où l'homosexualité est un crime]. Je ne l'aime pas, au contraire je le déteste, je

voudrais sa mort [sentiment également inacceptable quand on est un être bon et respectueux des autres]. Ce n'est pas moi qui le déteste, c'est lui qui me veut du mal. »

### *La quête d'idéal*

En fait le paranoïaque est un grand idéaliste. Il cherche en vain à réaliser un idéal impossible. C'est, disait le grand psychiatre français du siècle dernier Maurice Dide, un « **idéaliste passionné** ». Sous cet éclairage on comprend mieux sa méfiance, sa surestimation de soi, sa psychorigidité et même sa soi-disant fausseté de jugement. On comprend mieux son délire. Le paranoïaque ne peut pas être celui qu'il voudrait ou qu'on a voulu qu'il soit. Il ne peut que, comme chantait Jacques Brel dans *Le Chevalier de la Manche* :

« Rêver un impossible rêve...

Aimer jusqu'à la déchirure...

Suivre l'étoile. »

C'est au fond un grand dépressif, déçu par la vie, qui s'invente une personnalité d'emprunt pour se protéger contre sa déception ou une histoire fantastique pour expliquer et compenser cette déception. Ses persécuteurs dans une certaine mesure lui tiennent compagnie. Ils le consolent de ses échecs et de sa solitude. Leurs attaques sont paradoxalement une marque d'attention.

## ***Les traitements***

Peut-on soigner la paranoïa ? Les paranoïaques habituellement ne se reconnaissent pas comme malades et vivent un traitement imposé comme une humiliation supplémentaire.

### ***Le traitement institutionnel***

Le placement en institution est rendu parfois nécessaire devant la dangerosité de certains patients. S'il calme les appréhensions de la société, il a peu d'effet sur le sujet lui-même.

### ***Les médicaments***

Le traitement médicamenteux peut atténuer l'agitation et la montée de la violence. Il est rare qu'un sujet paranoïaque s'y conforme.

### ***Une écoute psychothérapique au long cours***

On imagine mal un paranoïaque délirant sur le divan d'un psychanalyste, acceptant de confier ses pensées les plus secrètes et de recevoir un autre point de vue que le sien sur ses associations d'idées. Par contre, accueilli avec sympathie, écouté avec respect, un sujet paranoïaque peut trouver dans un thérapeute bienveillant et valorisant un apaisement de la détresse profonde qui l'habite. Sans renoncer forcément à son délire, il peut avec le temps calmer ses angoisses persécutrices et, en tissant une relation d'estime réciproque avec un autre, modifier son point de vue désespéré sur le monde. Comme le dit encore Don Quichotte de la Manche :

« Écoute-moi, pauvre monde, insupportable monde,

Tu es tombé trop bas, tu es trop gris, tu es trop laid. »

## Chapitre 14

# L'autisme

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Reconnaître les symptômes autistiques, leurs causes et leurs possibles évolutions
  - ▶ Connaître les différentes formes de l'autisme
  - ▶ Comprendre ce que vit une personne autiste
- 

Voici une pathologie qui fait la une des journaux. Qu'est-ce que l'autisme dont on parle aujourd'hui à tort et à travers ? Il faut mettre un peu d'ordre. On décrira ici les symptômes, l'évolution et les formes. On s'interrogera sur ses causes possibles et sur les modalités de prise en charge des personnes autistes, ainsi que sur les polémiques qui continuent à agiter le terrain. Loin des champs de bataille, on essaiera de faire partager le vécu autistique tel qu'il se développe progressivement au cours d'un processus évolutif.

## **L'autisme, un phénomène social**

Décrit d'abord en 1943 par le psychiatre américain Leo Kanner comme un très

rare trouble inné du contact affectif (un cas sur dix mille naissances) apparaissant dès les premiers jours ou les premiers mois de la vie, l'*autisme infantile précoce* a connu une extension considérable. Rebaptisé *trouble du spectre autistique*, il est revendiqué aujourd'hui par plus d'une personne sur cent et, dans certaines statistiques récentes, avoisine une personne sur cinquante. Il a donné lieu à des débats violents, à une loi spécifique, à des recommandations de la Haute autorité de santé. Il a fait l'objet de plans gouvernementaux successifs pour mieux répondre à des demandes insatisfaites. Les familles et les professionnels s'empoignent à son sujet dans la presse ou sur Internet. L'autisme a été illustré par plusieurs films documentaires ou de fiction – notamment *Rain Man* où la performance de Dustin Hoffman est criante de vérité. Il apparaît dans de nombreuses séries télévisées. Il occupe dans les grandes librairies un rayon spécial et fait l'objet d'un amoncellement de publications scientifiques ou de vulgarisation ainsi que d'autobiographies de sujets autistes et de témoignages familiaux. C'est devenu un véritable phénomène social.

### ***Le sens du mot***

Il ne faut pas confondre. Distinct de l'autisme d'Eugen Bleuler qui est un symptôme de la schizophrénie, l'autisme dit de Kanner (du nom

de son inventeur) est un syndrome d'apparition précoce, un mode d'organisation quasi originel de la personnalité. Le schizophrène se désorganise après avoir connu une période d'organisation normale, d'où un sentiment de morcellement de sa réalité psychique dont il se protège par le repli autistique sur un monde peuplé d'images secrètes. L'autiste s'organise d'emblée autrement. Son retrait traduit un **défaut initial de contact social**.

## *Les symptômes de l'autisme*

Constitué dans sa forme typique, l'autisme associe trois ordres de troubles :

- des troubles de la communication ;
- des troubles de la socialisation ;
- des préoccupations électives et des comportements stéréotypés.

Il peut de plus associer à ces troubles un déficit intellectuel ou au contraire des capacités hors du commun dans un domaine particulier. L'autisme génère souvent des troubles du comportement.

## *Les troubles de la communication*

Environ la moitié des autistes n'acquièrent pas le langage articulé.

Ceux qui possèdent un langage gardent un langage particulier :

- C'est souvent un **langage monocorde**, sans musicalité, un langage de machine.
- Les **écholalies**, c'est-à-dire la répétition en écho de ce que la personne autiste entend ou vient de dire, sont fréquentes. Elles peuvent

être différées et reprendre inlassablement des extraits de publicité télévisée, des chansons, des phrases toutes faites.

✓ L'autiste semble ignorer les sens multiples d'un même mot. Il prend les mots au **sens propre**, ne comprend pas les métaphores et guère la plaisanterie ou les jeux de mots.

✓ Le langage est souvent très **concret** et les termes abstraits peu utilisés.

✓ Comme les schizophrènes avec lesquels ils ont été un temps confondus, les autistes peuvent s'absorber dans la création de **néologismes**.

### ***Les troubles de la socialisation***

Les troubles de la socialisation ont valu son nom à l'autisme. Leo Kanner avait noté l'isolement des autistes (en anglais *aloneness*). C'est pourquoi il avait repris le terme créé par Eugen Bleuler en lui donnant un sens différent.

L'autiste s'écarte d'emblée des autres du fait d'un trouble primaire de la sensorialité, une **exacerbation des sensations**. Il ne supporte pas la proximité, évite l'échange de regard et les rapprochés corporels. Exagérément sensible aux sons, il peut se boucher les oreilles quand on lui parle. Il évite de répondre à son nom.

Enfant, il se complaît à des jeux solitaires, souvent des alignements d'objets ou des répétitions d'actes de la vie quotidienne. Il ignore le « faire semblant », le **jeu symbolique** où un objet pourrait en représenter un autre.

## ***Les préoccupations électives et les stéréotypies***

Leo Kanner avait dénommé *sameness* (traduit en français par « immuabilité ») la **résistance au changement** des autistes, leur besoin de rester dans un monde aussi identique à lui-même que possible. Cette immuabilité se manifeste par des comportements gestuels répétitifs (les stéréotypies), l'imposition de rituels, la fixation rigide sur des objets ou sur des préoccupations intellectuelles obsédantes.

Les stéréotypies sont des **gestes anormaux, répétitifs**. L'autiste peut, surtout dans les moments d'émotion, battre des mains, agiter les bras comme des ailes, se tortiller les doigts. Il marche volontiers sur la pointe des pieds et peut déambuler dans des allers-retours sans fin. Ce qui caractérise ces stéréotypies c'est leur aspect contraint, inlassable, leur automatisme.

L'autiste supporte mal les modifications, aussi bien dans son espace que dans son emploi du temps. Il **ritualise** sa vie et celle de ceux qui l'entourent, qui doivent se conformer à ses exigences.

Il peut élire comme un véritable **fétiche** un objet usuel qui l'accompagne en permanence et dont la perte peut déclencher de véritables drames.

Quand ses facultés intellectuelles le lui permettent, il peut s'attacher de manière élective à des **sujets restreints** : les dinosaures, les étoiles, ou à une activité particulière : compter, réciter,

ranger ou au contraire jeter autour de lui les objets qui le gênent.

### ***Les troubles des capacités intellectuelles***

Leo Kanner, désireux de différencier son syndrome aussi bien de la schizophrénie que du retard mental, avait octroyé aux autistes, quel que soit leur déficit apparent, un niveau intellectuel normal. Il supposait que les autistes sans langage n'étaient qu'en apparence des « débilés mentaux » (comme on disait à l'époque) et que les tests existants n'étaient pas adaptés à la mesure de leur intelligence particulière.

On admet aujourd'hui qu'une bonne partie des autistes ont un retard intellectuel associé et qu'à l'inverse d'autres ont un potentiel intellectuel conservé ou même supérieur, mais avec une forme d'intelligence particulière – on les dit alors de « haut niveau ».

### ***Les troubles du comportement***

Ils apparaissent surtout lorsque l'autiste est contrarié dans son double besoin d'isolement et d'immuabilité. Un menu changement, un petit rapproché, l'intrusion d'autrui dans une activité solitaire suffisent à les déclencher. Ce sont :

- des **crises** de colère ou d'agitation, des comportements agressifs ;
- éventuellement une **automutilation**, qui peut devenir permanente.

## ***L'évolution***

## ***Le mode de début***

Longtemps considéré comme constitué dès la naissance, l'autisme peut aussi apparaître dans la deuxième année de la vie.

### ***Un début précoce***

C'est le plus classique, même si les parents, très naturellement, essaient un temps de faire taire leurs inquiétudes et de se masquer les anomalies dans le contact avec leur enfant. Les études rétrospectives de vidéos d'amateurs réalisées par les parents ont amené à préciser des signes d'alerte. En voici quelques-uns :

- ✓ un retard d'apparition du sourire (survenant normalement entre deux et trois mois) ;
- ✓ l'évitement du regard ;
- ✓ l'insomnie calme d'un bébé qui reste les yeux ouverts sans réclamer qu'on le nourrisse ou le linge ;
- ✓ à l'inverse des troubles majeurs du sommeil avec des hurlements qui désorganisent la vie familiale ;
- ✓ le refus du sein ou du biberon ;
- ✓ l'absence d'anticipation d'un bébé mou qui ne répond pas aux bras tendus de sa mère et se laisse aller comme « un sac de pommes de terre » (*dixit* une mère à Leo Kanner) ;
- ✓ à l'inverse, l'hypertonie anormale d'un bébé qui réagit par l'opposition quand on veut le prendre dans les bras, qui ne se prête pas à la caresse de la mère, qui ne s'offre pas à sa tendresse, qui ne sait pas spontanément susciter en elle un plaisir à communiquer ;
- ✓ un peu plus tard, la difficulté à se saisir d'un jouet, le fait d'en approcher la main et de le lâcher comme s'il brûlait.

## **Alerter ou pas**

La diffusion des connaissances par Internet dans le domaine de l'autisme fait qu'aujourd'hui les parents sont beaucoup plus sensibles que par le passé à de petites anomalies dans la relation avec leur bébé. Les mères surtout, dont l'inquiétude doit toujours être prise en compte par les professionnels de la petite enfance, trop prompts quelquefois à rassurer à bon compte. Le dépistage précoce des enfants dits à risque autistique peut permettre d'engager un travail de soutien à l'harmonisation d'une relation mère-bébé qui était en difficulté, sans qu'on puisse pour autant affirmer qu'il s'agisse d'une véritable prévention de l'autisme. Ces enfants qui tardaient à s'éveiller, à entrer en contact avec leur mère, à susciter ses avances, à répondre à son attention et qui, après une psychothérapie mère-enfant, vont mieux seraient-ils sans cela devenus autistes ? On peut se réjouir de leur amélioration, on ne peut savoir de façon certaine ce qu'aurait été leur destin en l'absence de traitement.

Tout cela ne suffit pas pour affirmer un autisme précoce, dont le diagnostic certain est impossible avant dix-huit mois ou deux ans et le plus souvent reste suspendu jusqu'à trois ans.

*Un début plus tardif*

Un début plus tardif, dans la deuxième année de la vie, est relaté par les parents dans environ la moitié des cas. Vers dix-huit mois ou deux ans, trois signes sont d'importance : l'absence d'attention conjointe, l'absence de jeux de faire semblant, la poursuite de l'évitement du regard.

- Un enfant de dix-huit mois cherche normalement à **attirer l'attention** d'un adulte en pointant son doigt vers un objet d'intérêt. Il vérifie alors des yeux si le regard de l'adulte suit la direction indiquée. L'enfant autiste peut pointer son doigt ou sa main pour obtenir un objet désiré. Il ne s'intéresse pas à l'effet de sa demande sur l'attention de l'adulte.
- L'enfant autiste, on l'a dit, ignore les **jeux de faire semblant**.
- L'**évitement du regard**, souvent remarqué très tôt, parfois apparu plus tard, se prolonge.

Là encore ces signes ne permettent pas à eux seuls de faire un diagnostic. Ils doivent toutefois alerter et leur recherche fait aujourd'hui partie des examens systématiques en protection maternelle et infantile (PMI).

### ***La constitution du tableau autistique***

Les autres signes apparaissent progressivement dans les années qui suivent. L'évolution va dépendre de la précocité du dépistage et des soins mis en œuvre, mais aussi de la gravité de l'atteinte. Si certains autistes restent toute leur vie de grands handicapés, murés dans leur isolement et leurs stéréotypies, nécessitant une assistance constante, d'autres parviennent à s'insérer d'abord scolairement puis d'une manière plus générale socialement. Ils acquièrent une autonomie qui leur permet de mener une vie voisine de la normale, en

apprenant à compenser leurs difficultés relationnelles. Ils gardent cependant une manière d'être et de penser spécifique, au point pour les plus doués d'entre eux de revendiquer un statut de minorité normale face aux « neurotypiques » que nous sommes.



## **Autistes et neurotypiques**

Certains autistes dits de « haut niveau » se regroupent aujourd'hui en associations. Ils ne se considèrent ni comme malades, ni comme handicapés, mais comme une variante de l'espèce humaine peut-être mieux adaptée au monde numérique que les « neurotypiques » majoritaires, en tout cas moins violente et cherchant moins à entrer en conflit avec les autres pour les dominer.

Ils n'évoluent qu'exceptionnellement vers un tableau de schizophrénie avec hallucinations et délires – on peut se demander alors si ce n'était pas une erreur de diagnostic. L'acquisition d'un langage à valeur de communication (c'est-à-dire la capacité à dépasser les écholalies et les mots stéréotypés) avant six ans, un niveau intellectuel normal ou subnormal, la tolérance et les qualités affectives et éducatives du milieu familial sont des éléments de pronostic favorable.

## *Les formes d'autisme*

### *Les autismes atypiques*

Ils se multiplient aujourd'hui avec l'**extension du spectre autistique** et l'inclusion dans l'autisme de troubles de plus en plus variés et de plus en plus éloignés de la description initiale de Leo Kanner. Ils peuvent être atypiques :

- ✓ par la **date d'apparition**, plus tardive ;
- ✓ par la **symptomatologie**, incomplète.

Nombre de cas dénommés autrefois « retards mentaux » obtiennent aujourd'hui le diagnostic d'autisme, moins stigmatisant et donc mieux accepté par les familles et par l'école.

### *La question des psychoses infantiles*

Avant Leo Kanner, des psychiatres américains avaient décrit une **schizophrénie infantile**, un terme mal défini et qui recouvrait une très grande variété de difficultés psychiques de l'enfant.

Insatisfait par cette terminologie, Leo Kanner souhaitait individualiser, au sein de ce qu'il qualifiait de « méli-mélo », une maladie précise : l'autisme.

Pendant ce temps une psychanalyste américaine également chercheuse en psychologie du développement, Margaret Mahler, distinguait de l'autisme une autre forme qu'elle appelait **psychose symbiotique**. Au contraire de l'ignorance autistique d'autrui, cette forme se caractérisait par l'établissement par l'enfant d'une

relation fusionnelle avec ses interlocuteurs et par son intolérance à la séparation. En France Roger Misès, dans le même souci de garder à l'autisme sa définition précise, donnait le nom de *dysharmonie psychotique* à des tableaux voisins de la psychose symbiotique, où l'enfant confond réalité et vie fantasmatique (ce qu'il perçoit et ce qu'il imagine) et où sa pensée est envahie par des images brutes de décoffrage. Margaret Mahler avait proposé de regrouper autisme et psychose symbiotique sous l'étiquette plus générale de *psychoses infantiles* avec deux modalités évolutives – autistique ou symbiotique – de rapports troublés aux autres. Le diagnostic de schizophrénie infantile, dans cette perspective, ne désignait plus que des formes rares de schizophrénie débutant dans l'enfance et évoluant vers une schizophrénie de l'adulte, ce qui n'était pas le cas des psychoses infantiles. Celles-ci pouvaient soit persister en l'état (l'autisme proprement dit), soit guérir ou laisser des séquelles : une certaine immaturité affective, des troubles du développement intellectuel, une instabilité gênant l'intégration sociale (dans les dysharmonies psychotiques).

Tirant parti de cette absence d'évolution vers un tableau psychotique de l'adulte et s'indignant qu'on puisse considérer leur enfant comme fou, des mouvements de parents obtinrent la suppression du terme de *psychose infantile* du DSM. On le remplaça par celui plus neutre de *troubles envahissants du développement* (TED). L'autisme typique ou atypique formait le noyau des TED. Il laissait autour de lui une large frange de cas regroupés sous la dénomination peu satisfaisante de TED non spécifiés autrement, c'est-à-dire en attente de diagnostic. Ces TED non spécifiés représentaient ce que la psychiatrie

française a longtemps continué d'appeler *dysharmonie psychotique* jusqu'à ce que la Haute autorité de santé, sensible aux revendications des familles, le lui interdise.

### ***Le syndrome d'Asperger***

Voulant rendre hommage au pédiatre autrichien Hans Asperger, qui en même temps que Leo Kanner avait décrit une psychopathie autistique, la psychiatre anglaise Lorna Wing a donné le nom de *syndrome d'Asperger* à une forme d'**autisme léger**, sans retard de langage et sans déficit intellectuel. Ce syndrome a eu, si l'on peut dire, beaucoup de succès et un grand nombre de sujets, maladroits socialement, ayant quelques traits autistiques et parfois particulièrement doués dans un domaine d'intérêts restreints (par exemple les mathématiques, la physique, l'astronomie, l'histoire, la linguistique), se sont reconnus derrière cette étiquette. Ils se désignent parfois eux-mêmes comme *aspies* sur Internet, où ils font plus facilement des rencontres que dans la réalité.

### ***Les troubles du spectre autistique***

La dernière et cinquième version du DSM a remplacé les TED par les troubles du spectre autistique (TSA). Le spectre s'étend des formes avec retard intellectuel important jusqu'aux sujets d'intelligence normale ou supérieure. Il fait donc disparaître toutes les formes précédentes dans un *continuum* qui a absorbé aussi bien l'autisme atypique et le syndrome d'Asperger que les formes dites non spécifiées. Cette nouvelle **optique dite dimensionnelle** a eu pour effet de majorer considérablement le nombre d'autistes recensés, faisant évoquer une véritable épidémie

liée en fait à l'élargissement des critères diagnostiques.

## *Les causes possibles*

La ou les causes de l'autisme restent inconnues. La multiplication et la diversification des cas amènent de plus en plus à parler d'autismes au pluriel, relevant probablement de causalités différentes. Plutôt que signes d'une maladie unique, comme le croyait Leo Kanner, les symptômes autistiques pourraient être un ensemble de réactions de l'individu à des troubles initiaux multiples.

## *Les méfaits d'une psychogenèse exclusive*

Comme dans la schizophrénie, on a usé et abusé du recours à une origine familiale de l'autisme. Leo Kanner lui-même au début avait établi une **typologie des parents d'autistes** : une mère superficielle à la tendresse affectée ; un père intellectuel, lointain, s'occupant plus de sa carrière que de ses enfants. C'est Leo Kanner qui a créé l'expression détestable de « mère frigidaire ». Plus tard d'autres auteurs ont mis en cause l'**inconscient maternel** dans lequel ils ont cru repérer des désirs de mort ou celui de garder l'enfant inclus en soi et de lui refuser toute autonomie. Ces hypothèses, un temps très à la mode et maniées sans nuance par des psychiatres maladroits, ont culpabilisé les familles et déclenché dans certaines de leurs associations un rejet violent de la psychiatrie. Rien n'est venu les confirmer et elles sont aujourd'hui abandonnées. Le mal toutefois a été fait et toute référence à l'attitude des parents ou de simples conseils

éducatifs risquent désormais d'être vécus par les familles comme une mise en cause personnelle.

### ***La génétique de l'autisme***

L'augmentation significative du risque d'avoir un enfant autiste quand il y en a déjà un dans la fratrie, les études de vrais jumeaux où, quand l'un est autiste, l'autre a de grandes chances de l'être aussi, sont des arguments forts en faveur d'une **susceptibilité génétiquement transmise**.

On peut observer des traits autistiques dans des maladies génétiques connues comme la sclérose tubéreuse de Bourneville – qui associe des lésions cutanées, des tumeurs disséminées et une épilepsie grave. On a aussi mentionné des symptômes de type autistique dans une anomalie chromosomique à l'origine de retards intellectuels et de malformations : le syndrome du X fragile.

L'autisme en général n'est cependant pas une maladie génétique comme une myopathie ou une mucoviscidose (vous savez, ces maladies en faveur desquelles on organise les téléthons). Il n'y a **pas de gène spécifique connu** de l'autisme. Les mutations génétiques qui pourraient être en cause (les anomalies de certains gènes) ne sont retrouvées que dans un petit nombre de cas (environ 10 %). Par ailleurs, les vrais jumeaux, qui ont exactement les mêmes gènes, ne sont pas toujours tous les deux autistes. Il arrive que l'un d'eux échappe à ce destin, ce qui laisse supposer l'intervention d'un **facteur environnemental**.

### ***La biologie de l'autisme***

De très nombreuses recherches portent aujourd'hui sur de possibles anomalies du développement de certaines zones du cerveau, de la transmission synaptique ou de la sécrétion de certaines neurohormones comme l'ocytocine, appelée familièrement l'« hormone de la tendresse ». Grâce aux procédés modernes d'imagerie médicale, elles apportent tous les jours des précisions. Mais l'énigme persiste encore. On n'a pas encore découvert une anomalie ou des anomalies qui se retrouvent dans tous les cas d'autisme et seulement dans l'autisme. Il n'existe toujours pas de test biologique de l'autisme. Du coup des hypothèses sans fondement scientifique fleurissent et abusent les parents, comme celle d'une intoxication par les métaux lourds, d'un trouble de la digestion des aliments contenant du gluten, d'une réaction à certains vaccins.

## *Des mécanismes possibles*

À défaut de connaître le pourquoi, on s'intéresse au comment.

### *Un trouble sensoriel*

Les recherches s'orientent vers un **trouble de la sensorialité**. On a déjà parlé de l'hypersensibilité des autistes, attribuée à une anomalie du filtrage des sensations en provenance du monde extérieur.

D'autres recherches ont mis en évidence un « **biais perceptif** ». Les autistes voient davantage les petits détails que les formes globales. Ils sont plus performants que la moyenne pour distinguer une petite particularité et moins performants pour appréhender un ensemble complexe.

Leur **perception du mouvement** est aussi différente. Ce qui les amène à préférer les mouvements mécaniques prévisibles aux mouvements d'êtres vivants, plus aléatoires.

### ***Un trouble de la symbolisation***

L'absence de jeu de faire semblant a fait évoquer une difficulté à utiliser un objet pour en représenter un autre.

### ***Un trouble du cerveau social***

Un pourcentage élevé d'autistes échoue à des tests destinés à mesurer la capacité à se représenter les états mentaux d'un autre, ce qu'on appelle la **théorie de l'esprit**. Ils rencontrent des difficultés à interpréter les émotions sur les visages d'autrui. Du coup ils ont souvent du mal à nommer et à comprendre leurs propres états émotionnels.



## **La banane et le téléphone**

Maman joue avec bébé. Elle prend une banane, l'approche de son oreille et dit « allo ». Bébé, il a un an ou un peu plus, éclate de rire. Il a compris que la banane qu'il a vu maman peler et qu'il a dégustée, écrasée avec un peu de sucre, n'était pas la petite boîte que maman porte à l'oreille quand la boîte fait

entendre une petite musique. Il a compris aussi qu'on pouvait s'en servir pour faire semblant, pour représenter par jeu la petite boîte. On dit qu'il a « découplé » la banane de sa fonction nutritive habituelle pour accepter de lui donner une autre fonction. C'est ce « découplage » qui ne marcherait pas chez l'enfant autiste. Pour faire semblant, il faut une ressemblance et une différence. La banane ressemble au téléphone mais n'est pas un téléphone. L'enfant autiste tient trop au même, à l'identique pour accepter le ressemblant. Les choses pour lui peuvent être les mêmes ou différentes. Elles ne peuvent pas occuper la position tierce de chose ressemblante. La pensée autistique est binaire comme un logiciel numérique. Elle n'est pas analogique.

Ce **manque d'empathie**, cette difficulté à prendre une autre perspective que la leur (dont on a vu aussi une forme atténuée chez les paranoïaques et qui semble affecter aussi certains schizophrènes), est aujourd'hui rapproché de leurs difficultés d'imitation. La capacité à simuler les attitudes et les émotions d'autrui serait en effet l'un des constituants de l'empathie, en défaut chez les sujets autistes.



## **Théorie de l'esprit et fausse croyance**

Voici un test simple et fameux. Le sujet présumé autiste doit résoudre le problème suivant. Sally et Ann sont deux petites filles et se trouvent dans une salle où il y a un panier et une boîte, tous deux fermés. Sally a une bille qu'elle place dans la boîte. Elle sort, laissant la boîte fermée. Ann, petite taquine, prend la bille et la place dans le panier dont elle referme soigneusement le couvercle. Où Sally va-t-elle chercher sa bille ? Les trois quarts des autistes, à condition d'être capables de comprendre la scène, vont répondre que Sally cherchera la bille dans le panier, où elle se trouve vraiment, et non dans la boîte, où elle sait l'avoir laissée. Ils sont incapables d'attribuer une fausse croyance à Sally.

## ***La bataille de l'autisme***

Elle fait rage aujourd'hui, en particulier en France où les psychiatres sont restés attachés à une optique dite psychopathologique qui, derrière le trouble, s'efforce de comprendre la personne. Elle porte sur trois enjeux principaux.

### ***La lutte contre les attitudes antifamiliales***

Après s'être légitimement élevés contre des hypothèses qui les culpabilisaient, les parents ont non moins légitimement reproché aux équipes psychiatriques leur langage obscur et une absence de transparence dans la transmission des informations sur la prise en charge de leurs enfants. Certaines équipes (pas toutes), au nom d'une confidentialité due à l'enfant (ou à l'adulte),

se sont en effet enfermées dans le maintien d'un secret hors de saison, très mal vécu par les parents. Généralisant à l'ensemble de la psychiatrie des pratiques qui n'étaient que le fait de quelques équipes, certaines associations de familles ont déclenché dans les médias une dénonciation de la psychiatrie bien accueillie par une large partie de l'opinion et jusque par les pouvoirs publics.

### ***La lutte contre un soi-disant obscurantisme psychanalytique***

Attribuant à la psychiatrie française une inspiration psychanalytique exclusive, confondant avec la psychanalyse une psychiatrie humaniste qui voulait comprendre le ressenti profond des sujets autistes, ces associations ont recruté l'aide de certains scientifiques pour condamner ce qu'elles ont défini comme un obscurantisme. C'est ainsi qu'elles ont obtenu de la Haute autorité de santé des recommandations sur le « socle théorique » de l'autisme, qui serait seul admissible dans les publications et dans l'enseignement. Sous leur influence, une **pensée unique** se développe, posant comme certitudes des hypothèses de recherche en cours et rejetant toute autre investigation que celles très étroitement biologiques et génétiques. Un véritable stalinisme de la pensée commence ainsi à s'imposer au mépris de la liberté scientifique.

### ***La lutte contre les pratiques de la psychiatrie française***

Depuis ce qu'on a appelé la « révolution psychiatrique », la psychiatrie française avait développé un certain nombre de pratiques

résolument antiasilaires et désaliénistes. Elle avait sorti les autistes des arrière-cours des hôpitaux psychiatriques où on les parquait jusqu'alors. Elle avait développé, en collaboration avec de nombreuses familles, un réseau de soins à temps partiel (il en sera question plus loin), ainsi que des programmes d'intégration scolaire et sociale, en nombre certes insuffisant, mais où s'épanouissaient des recherches-actions sur l'articulation des soins, de l'éducation et de la pédagogie. C'est ce « monopole psychiatrique » que certaines associations ont attaqué, avec succès, au nom de la liberté de l'utilisateur. Elles ont réclamé le droit pour les familles d'avoir la maîtrise du traitement et tentent aujourd'hui de substituer à l'existant public des programmes privés fondés essentiellement sur la régulation des comportements et sur l'inclusion sociale. Elles exigent que ces traitements conformes à leur opinion – fondée, affirment-elles, sur des évaluations scientifiques (contestées par ailleurs) – soient seuls financés. Elles ne laissent à l'expert que la tâche de confirmer leur diagnostic tout en faisant pression pour l'élargissement continu des critères de ce diagnostic. La Haute autorité de santé vient de leur donner raison, ce qui n'a fait qu'alourdir l'atmosphère.



## **L'autisme contagieux ?**

Chacun au contact des personnes autistes risque de s'enfermer dans un mode de pensée où il serait seul à avoir raison et devrait, à tout prix, faire prévaloir ses choix. L'incapacité à prendre une autre

perspective que la sienne, le défaut d'empathie pour le point de vue d'autrui, ses croyances, ses motivations, ce qui fonde sa pratique, dont nous avons vu qu'ils caractérisaient le fonctionnement autistique, seraient-ils contagieux ? Dans l'intérêt même des personnes autistes, il est temps d'arrêter les combats. Nombreux sont ceux qui le pensent. À moins de « flinguer l'autisme » et la psychiatrie avec, comme le proposait récemment un sujet dit « autiste de haut niveau ».

## *Ce que vit une personne autiste*

La question de ce que vit une personne autiste, de sa manière de se voir elle-même et le monde qui l'entoure, naguère au premier plan des recherches psychopathologiques, est devenue secondaire. Ne sont acceptées aujourd'hui comme valides que les recherches neuroscientifiques et les évaluations de protocoles dont l'objectif premier est de rendre l'autiste supportable par les autres afin de faciliter son intégration sociale.

### *Des angoisses indéniables*

Pourtant l'observation clinique comme les témoignages d'autistes de haut niveau capables de décrire leur expérience ont montré l'intensité des angoisses qui parfois submergent la personne autiste. Ce sont ces angoisses qui peuvent conduire à une automutilation, parfois impressionnante. Elles peuvent rester plus discrètes et plus contenues, parfois masquées par les stéréotypies et les rituels, la fixation sur un

intérêt restreint ou un objet autistique, mais se révèlent avec violence quand le hasard ou la volonté d'un autre s'oppose à ces manœuvres défensives.

- ✓ On parle d'*angoisse de précipitation* pour désigner le sentiment de risquer d'être précipité dans un trou sans fond. Certains accrochages désespérés à un objet ou à un regard (à l'opposé de l'évitement habituel du regard) peuvent laisser pressentir ces angoisses qui s'expriment par des hurlements lorsque l'appui vient à manquer.
- ✓ On parle d'*angoisse de liquéfaction* pour désigner le sentiment de risquer d'être absorbé par un liquide qui s'écoule, d'où la fascination et parfois la terreur devant un lavabo ou des toilettes qui se vident.



## La tante guimauve

Les autobiographies d'autistes de haut niveau nous aident à comprendre et à partager ce que des autistes moins doués ne savent nous transmettre qu'indirectement par leur comportement. Ainsi l'une d'elles, Temple Grandin, a raconté son effroi lorsqu'enfant elle était embrassée par une tante corpulente qui la serrait contre elle. Elle avait alors l'impression terrifiante d'être enveloppée dans une substance gluante dans laquelle elle allait se fondre.

## *Un monde mécanique*

Pour surmonter ces angoisses, les autistes essaient de « mécaniser » l'univers, de le rendre aussi prévisible que possible. Leur pensée décompose le monde en **menus fragments**. Le monde devient un puzzle, un ensemble de rouages engrenés les uns dans les autres, de figures géométriques ou de chiffres.



### **Boris et les chiffres**

Boris avait transformé tous les aliments en chiffres. Ses repas s'accompagnaient de calculs mentaux. Le pain (34) s'ajoutait au beurre (65), le café (22) au lait (52). Il ne pouvait prendre son petit-déjeuner qu'en additionnant  $34+65+22+52$ . Tous les gens de son entourage étaient caractérisés par leur date de naissance, leur âge et leur adresse, dont il se souvenait parfaitement. Chaque rencontre donnait lieu à des calculs complexes, à des combinaisons de ces informations chiffrées.

## *Un monde hyperlogique et concret*

La pensée de l'autiste, voisine sur ce point de la pensée paranoïaque, peut être une pensée hyperlogique qui tient les émotions à distance et rejette le flou, la nuance. Fixée sur des réalités étroitement définies, bien délimitées, et sur les

perceptions concrètes, elle peut éprouver des difficultés dans l'abstraction et la généralisation, ce qui nécessite des **méthodes pédagogiques particulières**.

### *Des talents paradoxaux*

Certains autistes (pas aussi nombreux qu'on le croit) deviennent comme le héros de *Rain Man* des **calculateurs prodiges**. Ils peuvent donner immédiatement le jour correspondant à une date du calendrier, celui des années passées, de l'année en cours ou même des années futures. D'autres sont **hyperlexiques**, lisent aussi vite à l'endroit qu'à l'envers et avec une rapidité qui défie les concurrents. Ils peuvent avoir une **mémoire visuelle** fixée sur des détails minuscules qui leur permet de retrouver un itinéraire mieux qu'un GPS.

### *Le processus autistique*

Tous les symptômes autistiques n'apparaissent pas en même temps. Les travaux modernes de psychologie du développement conduisent à faire l'hypothèse d'un processus qui les fait dériver les uns des autres, selon une certaine logique. Un bébé autiste ne naît pas avec des stéréotypies et des intérêts restreints. Il ne développe que tardivement son attachement pour un objet autistique. L'optique processuelle consiste à supposer des dysfonctionnements cérébraux très précoces – peut-être en partie programmés par un défaut génétique. Du fait de ces dysfonctionnements, l'enfant ne parvient pas à entrer normalement en communication avec son environnement immédiat. Il s'ensuit un défaut dans le développement des circuits qui permettent

l'établissement progressif de la reconnaissance de soi et des autres humains, ainsi qu'un échange entre soi et autrui. Faute de cet échange, l'univers environnant apparaît menaçant par son imprévisibilité. Les petites variations, au lieu de susciter la curiosité, engendrent l'angoisse. C'est pour lutter contre cette **angoisse de l'imprévu** que l'enfant autiste s'accroche défensivement au même et ritualise l'environnement.

### ***Revisiter les traitements***

Si cette hypothèse processuelle continuait à se vérifier, il faudrait revoir et diversifier les seuls traitements actuellement recommandés dans l'autisme : les thérapies comportementales, qui apprennent à bien se conduire pour être accepté socialement, et les systèmes de communication par échanges d'images, qui apprennent à communiquer. Il faudrait redonner droit à des **thérapies relationnelles** qui, à travers des jeux partagés, développent l'initiative et la créativité de l'enfant en le stimulant par l'initiative et la créativité des adultes. À travers ces jeux, l'enfant apprend à se familiariser avec la nouveauté et avec l'activité symbolique, à construire un récit de ce qui lui arrive, un récit qu'il prend peu à peu plaisir à raconter. Ce qui n'exclut pas le rôle essentiel de l'éducation et de la pédagogie.

## Troisième partie

# Une psychiatrie ou des psychiatries ?



*Dans cette partie...*

La psychiatrie, longtemps considérée comme une « médecine des fous » unitaire, tend aujourd'hui à s'adresser à des troubles de plus en plus divers et à se diviser en **sous-spécialités**. Dans certains pays, cette division a conduit à l'émergence de

véritables spécialités autonomes avec leur enseignement et leurs diplômes spécifiques. La France a maintenu encore une certaine unité, mais pour combien de temps ? Nombre de psychiatres se spécialisent qui dans l'enfant, qui dans l'adolescent, qui dans le vieillard, qui dans la psychiatrie médico-légale et criminologique, qui dans l'alcoolisme et les addictions, qui dans la *psychiatrie de liaison* auprès des autres médecins et chirurgiens.

On utilisera ici le panorama de ces sous-spécialités pour compléter la liste des troubles qui amènent l'utilisateur ou ses proches à consulter un psychiatre. Ces *psychiatries d'extension* conduisent souvent les psychiatres à collaborer avec d'autres professions et à leur apporter un éclairage psychopathologique sur des situations complexes dont le trouble mental n'est qu'un aspect.

## Chapitre 15

# La psychiatrie de l'enfant

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Connaître les spécificités des troubles de l'attachement, des troubles de l'apprentissage, des troubles de la conduite et du retard mental
- ▶ Saisir les particularités de la pédopsychiatrie francophone

### *Encore un brin d'histoire*

La psychiatrie de l'enfant est une spécialité assez récente. Pendant tout le XIX<sup>e</sup> siècle, les troubles psychiques de l'enfant n'étaient envisagés que sous l'angle du **déficit intellectuel** : l'idiot, l'imbécile, le débile. On considérait ce déficit comme inné et fixé. Quand des maladies mentales proprement dites apparaissaient avant l'âge adulte, on ne leur reconnaissait aucune spécificité. On les considérait seulement comme des pathologies de l'adulte apparues plus précocement. Vers le tournant du siècle, la « perversité » de certains enfants, supposée constitutionnelle, avait commencé à soulever des interrogations. Aux déficients mentaux comme aux « pervers », seule l'éducation fondée sur les

récompenses et les sanctions pouvait alors apporter remède.

## L'orthophrénie discutée

Un aliéniste du XIX<sup>e</sup> siècle, Félix Voisin, adepte de la phrénologie (vous vous souvenez : la bosse des maths !), prétendait reconnaître les anomalies psychiques de l'enfant en palpant son crâne. Pour corriger les développements excessifs ou insuffisants des supposés « organes cérébraux », il avait mis au point une méthode éducative, l'orthophrénie (du radical grec *ortho*, « rendre droit »). Il voulait redresser les personnalités tordues. Un écrivain de l'époque, Népomucène Lemerrier, s'est élevé contre cette répression qui « corrige, comprime, émonde les exubérances de la pensée et administre un régime pénitentiaire et disciplinaire afin de modeler les têtes dans des moules conventionnellement semblables et de ranger les qualités individuelles sous un niveau qui les égalise et les asservisse en les déprimant dans le cercle des penchants communs et vulgaires. » Alors que reviennent aujourd'hui en force les pratiques correctionnaires qui visent à normaliser l'enfant anormal en le conformant aux attentes sociales sans chercher à comprendre les raisons de son anomalie, cette dénonciation retrouve une certaine actualité.

La **neuropsychiatrie infantile** des années trente débouchait avant tout sur des prescriptions

éducatives, souvent renforcées en internat spécialisé voire en maison de correction. Ce n'est qu'après la Libération que commence à émerger ce qui va s'appeler la *pédopsychiatrie*.



## Une question de préfixe

Le préfixe *pédo* (du grec *païdos*, génitif de *païs* « l'enfant ») prête à confusion. Les pédopsychiatres ne sont pas des pédophiles, même si généralement ils aiment (en grec *philein*) les enfants et s'intéressent à leur développement !

Elle a deux particularités qui tendent à faire d'elle une spécialité autonome :

- ✓ Au contraire de l'enfant anormal de jadis, fixé dans ses déficits ou dans son vice, elle voit dans ses clients des **êtres en développement**. Le diagnostic d'un trouble psychiatrique n'a donc pas ici la même signification qu'en psychiatrie de l'adulte. Il doit prendre en compte le développement, le chemin plus ou moins chaotique vers la maturité.
- ✓ Elle s'adresse à un **être dépendant de son environnement**. Le psychiatre d'enfant ne peut pas travailler seul. Il collabore nécessairement avec l'environnement de l'enfant : la famille, l'école, les services sociaux, les psychologues, les éducateurs, les rééducateurs.



## **Donald Woods Winnicott exagérait**

Le grand pédopsychiatre et psychanalyste anglais, pédiatre d'origine, disait de façon un peu méprisante que la psychiatrie de l'adulte n'était qu'une psychiatrie de séquelles, que tout se jouait dans l'enfance, une situation mobile ouverte à toutes les possibilités. C'est chez l'enfant très tôt qu'il fallait reconnaître et traiter efficacement les pathologies destinées à se fixer à l'âge adulte. Il n'avait pas tout à fait tort, même s'il exagérait.

En sus de la dépression, des troubles anxieux et de l'autisme, communs à l'adulte et à l'enfant (même sous des formes différentes) et donc déjà exposés, on envisagera ici : les troubles de l'attachement, les troubles de l'apprentissage, les troubles de la conduite, le retard mental. Ce sont quatre grandes voies qui conduisent un enfant et sa famille chez le pédopsychiatre. On s'interrogera ensuite sur les particularités de la pédopsychiatrie francophone.

### ***Les troubles de l'attachement : les carences affectives et éducatives***

L'individualisation des troubles de l'attachement (qui ne figurent pas en tant que tels dans le DSM, mais qui regroupent un ensemble de troubles

dispersés dans la nomenclature américaine) repose sur des recherches entreprises notamment par le psychanalyste anglais John Bowlby et s'inscrit dans le cadre d'une théorie : la théorie de l'attachement.

### *La théorie de l'attachement*

Fondée sur l'éthologie (l'étude des mœurs des animaux en milieu naturel) autant que sur la psychanalyse, elle suppose que l'évolution a sélectionné un certain nombre de comportements qui permettent au jeune enfant de maintenir avec la personne qui lui donne ses soins – sa mère mais aussi tous les autres « agents maternants » qu'il lui est donné de rencontrer : une grand-mère, une grande sœur, une nourrice, une puéricultrice de crèche, mais aussi pourquoi pas un père dans ses activités de maternage où il vient relayer la mère – une relation de proximité à partir de laquelle il construit une base de sécurité. La nature des soins qui lui sont prodigués permet à l'enfant de développer des **schèmes d'attachement**, des manières de se comporter en face de la personne objet d'attachement. Les spécialistes en ont individualisé plusieurs en fonction de la réponse trouvée par l'enfant à son besoin inné d'attachement avec un donneur de soins cohérent et continu. On décrit ainsi des attachements sécurés ou au contraire anxieux, évitants, désorganisés. Peu à peu l'enfant intègre les soins qu'il reçoit de son environnement et élabore des **modèles internes opérants**, c'est-à-dire des attentes de ce qu'il peut espérer recevoir de cet environnement.

### *Les formes de troubles de l'attachement*

Les troubles de l'attachement sont divers.

- On a déjà mentionné la **dépression** du très jeune enfant et sa forme extrême, **l'hospitalisme**. On se souvient des enfants découverts dans les orphelinats roumains lors de la chute du régime Ceausescu.
- Les troubles de l'attachement peuvent aussi, au long cours, se manifester par un **retard global de développement**, avec immaturité affective, instabilité, retard intellectuel. On a un temps confondu l'autisme et les troubles de l'attachement. Si certains enfants ayant souffert de graves carences affectives peuvent présenter des traits autistiques, ceux-ci régressent le plus souvent lorsque le milieu devient plus favorable au développement. On s'accorde donc actuellement pour différencier autisme et troubles de l'attachement.
- Les carences affectives peuvent aussi conduire l'enfant à une **précocité sexuelle**, source d'excitation et d'une appétence pour des jeux sexuels avec des condisciples, particulièrement mal acceptés aujourd'hui dans les écoles et trop vite taxés d'agression sexuelle criminelle. Elles peuvent aussi entraîner des **comportements agressifs**, en particulier en collectivité, de la part d'enfants qui ne supportent pas la frustration ni l'échec.

### ***Les troubles de l'attachement et la prévention***

Les travaux des chercheurs dans le domaine de l'attachement ont bouleversé un certain nombre de pratiques et amené à porter beaucoup plus d'attention aux carences affectives et aux manières de les prévenir en milieu institutionnel aussi bien qu'en milieu familial.

### *En milieu institutionnel*

Les internats, les hôpitaux, les orphelinats, les crèches étaient autrefois dominés par des préoccupations surtout hygiéniques. En particulier, dans les services qui recevaient des nourrissons, les membres du personnel portaient des masques et apportaient leurs soins dans une atmosphère aseptisée en évitant les relations de proximité. L'obsession d'une possible contamination microbienne éliminait le contact corporel. Grâce aux travaux sur l'attachement, ces pratiques ont été proscrites et remplacées par le développement d'une attention aux besoins affectifs des enfants dans un milieu propice aux échanges émotionnels.

### *En milieu familial*

Nombre de troubles de l'attachement sont réactionnels à un **milieu familial désavantagé**, insuffisamment nutritif sur le plan affectif : mères adolescentes isolées, elles-mêmes issues d'un milieu carencé ou désorganisé, familles de migrants en grande difficulté émotionnelle et affective, enfants de malades mentaux, enfants de sujets ayant été victimes de sévices dans leur enfance. Les **situations de précarité** que la crise économique multiplie augmentent la fréquence de ces troubles qui constituent aujourd'hui une large partie de la clientèle des consultations publiques ou associatives de psychiatrie de l'enfant. Elles peuvent se compliquer de **maltraitements physiques et/ou psychologiques**. Elles justifient une collaboration étroite avec les services de l'aide sociale à l'enfance et parfois avec le juge

des enfants, auxquels les équipes psychiatriques sont parfois amenées à signaler des **informations préoccupantes**.



## Des situations difficiles

La loi fait aujourd'hui obligation aux équipes psychiatriques de signaler à la justice les sévices ou les négligences graves dont peut souffrir un enfant dans sa famille. Cette obligation, qui entre en contradiction avec le secret professionnel, pose aux équipes des problèmes éthiques et techniques difficiles. Comment essayer de modifier une dynamique familiale pathologique en dehors d'une relation de confiance avec la famille ? Comment maintenir cette confiance si par ailleurs, dans l'intérêt de l'enfant et du fait de la loi, on est amené à faire intervenir la police et la justice ? Comment conserver la confiance de l'enfant tout en le plaçant dans un conflit de loyauté vis-à-vis du parent maltraitant qu'il est poussé à dénoncer ? On touche là à des paradoxes constitutifs de la psychiatrie, à la fois au service de ses clients et de la protection de l'ordre social. Seules une concertation d'équipe, une réflexion sur les attitudes profondes de chacun des intervenants, une élaboration réfléchie des émotions immédiates suscitées chez les professionnels par des situations dramatiques permettent de dépasser des

réponses automatiques et purement administratives. L'analyse des pratiques avec le recours à une supervision par un tiers extérieur apparaît souvent nécessaire.

Des interventions précoces auprès de l'enfant, à la fois thérapeutiques et éducatives, un soutien aux travailleurs sociaux de terrain, des interventions psychothérapeutiques auprès du milieu défaillant, en cas d'échec ou de situations dépassées le recours à des institutions éducatives spécialisées ou à des placements en famille d'accueil ont pour objectif de relancer chez l'enfant un processus de croissance psychique et d'éviter l'évolution vers un retard mental ou des comportements antisociaux.

### ***La pathologie du deuil et des séparations***

On peut rapprocher de la pathologie de l'attachement les troubles du comportement ou les difficultés scolaires présentés par les enfants à l'occasion d'un deuil ou d'une séparation.

### ***Les abus sexuels***

On accorde de plus en plus d'attention aux situations d'abus sexuels, trop longtemps occultées mais qui à l'inverse peuvent être suspectées de manière excessive (cf. l'affaire d'Outreau). La parole de l'enfant ne doit pas être passée sous silence, encore faut-il l'entendre en évitant de contaminer l'enfant par la projection des craintes et des angoisses de l'adulte, qui l'amènerait à croire et à dire ce que l'adulte

redoute ou souhaite. Un questionnement maladroit et trop insistant par l'adulte peut exciter l'imagination de l'enfant et susciter des fantasmes qu'il lui est difficile de différencier de la réalité.

## ***Les troubles de l'apprentissage : les dys***

Un retard dans l'acquisition du langage oral ou écrit, un retard du développement psychomoteur – de la manière dont l'enfant intègre l'ensemble de son corps et développe son action – sont parmi les autres causes fréquentes d'une demande de consultation pédopsychiatrique. Ces troubles peuvent avoir des **causes très diverses**, neurologiques et affectives. Ils peuvent s'intégrer dans un trouble du développement plus général (autisme, trouble de l'attachement). Les nomenclatures actuelles ont individualisé des troubles spécifiques du développement : les dysphasies, les dyslexies, les dyspraxies. Les enseignants sont très (trop ?) sensibilisés aujourd'hui au dépistage de ces troubles.

### ***Les dysphasies***

Encore appelées ***troubles spécifiques du langage***, elles sont caractérisées par leur sévérité et leur résistance. C'est un trouble du langage oral qui évolue ensuite vers un trouble du langage écrit. Les enfants sont d'intelligence normale et ont une audition normale, précisée par un bilan audiolinguistique soigneux. Ils ont de grandes difficultés dans l'acquisition de la compréhension et de l'énonciation des mots. On distingue plusieurs formes selon la prédominance du trouble de la compréhension, du trouble de l'expression ou encore du trouble de la cohérence du discours.

Les dysphasies nécessitent une **prise en charge importante**, associant rééducation orthophonique intensive et soutien psychothérapique. Les difficultés langagières sont en effet la source pour les enfants de difficultés affectives. Les unes combinées aux autres peuvent gêner considérablement les acquisitions scolaires malgré des aides spécialisées et une scolarité adaptée. L'insertion professionnelle peut rester ensuite problématique et le sujet garde généralement des séquelles. Les études neurobiologiques sont encore du seul domaine de la recherche. S'il semble exister une vulnérabilité génétique, aucun gène précis n'a encore été individualisé.

### ***Les retards de langage et de parole***

Ils sont beaucoup plus bénins et beaucoup plus fréquents. Il s'agit de simples retards de développement pouvant toucher l'articulation, l'expression et la compréhension des mots ou l'organisation grammaticale du langage. Parfois liés à des problèmes familiaux ou à des difficultés affectives qui nécessitent un traitement psychothérapique, ils s'améliorent le plus souvent spontanément ou avec l'aide d'une rééducation orthophonique. Comme pour les troubles envahissants du développement, la tendance actuelle à élargir les critères diagnostiques des dysphasies amène à les qualifier de ***dysphasies relatives***. Ils sont parfois à l'origine d'**inhibitions**, l'enfant redoutant de montrer ses difficultés et pouvant aller jusqu'à s'enfermer dans un **mutisme social électif**, une incapacité à s'exprimer oralement hors de sa famille par peur de moqueries.

### ***Les dyslexies***

**Troubles globaux d'apprentissage de la lecture** et secondairement de l'orthographe, qui peuvent être la cause d'illettrisme, les dyslexies, dont les spécialistes distinguent plusieurs formes, ne sont pas dues, comme on l'a cru, à tel ou tel procédé d'apprentissage de la lecture. La méthode dite globale (qui n'est plus guère employée sous sa forme pure) peut les révéler mais ne les cause pas. Il existe une forte probabilité de susceptibilité génétique, même si là encore on n'a pas identifié de gène spécifique. Les études modernes en imagerie font suspecter un trouble de la latéralisation cérébrale – les deux hémisphères cérébraux n'ayant pas normalement les mêmes fonctions –, sans qu'on puisse préciser si les anomalies cérébrales constatées sont une cause ou une conséquence du traitement anormal de l'information écrite.

Des tests diagnostiques précis et un examen de l'enfant permettent de différencier les dyslexies de retards de lecture liés à d'autres causes – auditives, visuelles ou affectives – et un simple retard d'acquisition de l'orthographe. Il existe des formes plus ou moins graves, mais dans la majorité des cas une **rééducation orthophonique** permet de réduire voire de corriger ces troubles.

### ***Les dyspraxies***

Individualisées plus récemment, les dyspraxies représentent une altération de la capacité à exécuter de manière automatique certains mouvements habituels en l'absence de toute paralysie des muscles concernés. Elles peuvent se manifester dans différents domaines : l'écriture (on parle alors de ***dysgraphie***), l'habillage, les mouvements oculaires, les mouvements

buccofaciaux (affectant alors l'articulation des mots). Elles peuvent gêner l'enfant dans des tâches quotidiennes nécessitant une coordination des mouvements et une intégration de l'image de son corps. Ces troubles concernent plus le neuropédiatre que le psychiatre. Toutefois certains enfants peuvent être amenés à une consultation psychiatrique pour une maladresse qui inquiète la famille ou parce qu'on attribue leurs difficultés à un trouble du caractère, à une opposition. Ils peuvent dans certains cas bénéficier d'une aide psychologique. Une **rééducation psychomotrice**, parfois une **scolarité adaptée** nécessitant pour certaines tâches l'assistance d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS), sont les modes de traitement indiqués.

### *Les dysharmonies cognitives*

Individualisées par le pédopsychiatre et psychologue français Bernard Gibello, elles représentent des **défauts d'organisation du raisonnement logique** en l'absence de retard mental global. On en rapprochera des troubles plus spécifiques affectant le raisonnement mathématique et des **dyscalculies**.

### *Les dys*

On tend aujourd'hui à rassembler les dysphasies, dyslexies et dyspraxies sous l'étiquette de **dys**. En effet il existe des **formes de passage** et ce qu'on appelle des **comorbidités**, c'est-à-dire des associations de troubles. La dysphasie s'accompagne souvent de dyslexie, la dyspraxie peut entraîner des troubles de l'écriture et du langage. Des réseaux se constituent entre les spécialistes concernés pour coordonner soutien

psychologique, orthophonie, psychomotricité. Une fédération française des dys s'efforce de promouvoir les compensations et les aides nécessaires. Sur le plan scientifique, des recherches s'orientent vers la notion d'un trouble cérébral diffus qui rendrait compte de l'ensemble des dys. Cette notion, mal identifiée scientifiquement, fait courir le risque habituel de confondre dans un spectre élargi des difficultés banales justiciables de mesures simples de rééducation, de soutien scolaire et d'un éventuel suivi psychologique avec des troubles du développement plus sévères.

## *Le retard scolaire*

### *Examiner l'environnement*

En dépit de la tendance actuelle à mettre partout des étiquettes et à surdiagnostiquer les troubles, il ne faut pas voir des dys partout. De nombreux enfants viennent consulter le pédopsychiatre pour des retards ou des difficultés scolaires globaux. Les raisons peuvent être multiples : problèmes dans la famille (une séparation du couple parental, une naissance, un deuil, des maltraitances ou des négligences), problèmes culturels liés à un écart trop grand entre la culture de la famille et celle de l'école, problèmes d'insertion et de relations dans le milieu scolaire (enfant persécuté par les autres, enfant racketté). On pourrait multiplier la liste de ces **facteurs d'environnement**.

### *Écouter l'enfant*

D'autres facteurs sont plus intimes et font intervenir une **inhibition à apprendre** qui peut

s'enraciner dans l'histoire personnelle de l'enfant, dans des secrets de famille qu'il ne faut pas dévoiler, dans un refoulement de la curiosité naturelle liée à une structuration névrotique de la personnalité.

### *Faut pas exagérer avec les dys*

La mode des dys ne doit pas faire oublier toutes les dimensions psychologiques, sociales et psychosociales du retard scolaire. Elle ne doit pas faire faire l'économie d'un examen psychologique soigneux de l'enfant et de son milieu, d'une écoute du sens de sa souffrance, au seul profit de tests neuropsychologiques et du remplissage d'échelles, qui gardent cependant leur utilité.

## *Les troubles de la conduite*

C'est surtout pour répondre autrement que par une éducation répressive à ce qu'on appelait alors l'enfant « instable », l'enfant « indocile », l'enfant « nerveux », l'enfant « caractériel », que la psychiatrie de l'enfant s'est peu à peu constituée. Bouderies, colères, caprices, fugues, refus scolaire et école buissonnière, tendance à la bagarre voire apparition précoce de comportements antisociaux (petits vols, mensonges) : voilà tout un catalogue que les nomenclatures modernes essaient aujourd'hui de traduire en des termes plus scientifiques et avec des critères mieux définis. La dernière mouture du DSM a promu un **spectre très étendu** des troubles de la conduite, allant de la normalité à des pathologies graves de la personnalité. Cette perspective dite dimensionnelle, très avantageuse pour les

compagnies pharmaceutiques et pour les thérapeutes de toutes sortes qui voient s'étendre le champ de leurs prescriptions à la quasi-totalité de la population, a l'inconvénient de noyer dans un **ensemble flou** la spécificité des souffrances psychopathologiques. On retiendra ici deux grandes catégories du DSM : l'hyperactivité avec troubles de l'attention et les troubles oppositionnels.

### ***Le trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH)***

Il a donné lieu et continue à donner lieu à de nombreuses controverses, moins violentes que celles qui ensanglantent régulièrement le champ de l'autisme, mais parfois virulentes.

#### ***Les controverses***

Succédant à l'ancienne instabilité, connue de longue date, l'existence du TDAH est d'abord discutée. Le TDAH est considéré par certains comme le type même du **disease mongering**, la « fabrication-vente d'une maladie » pour obéir à des impératifs commerciaux. Le TDAH a surtout servi à la diffusion à très grande échelle d'un médicament censé être spécifique, la **ritaline**, un dérivé des amphétamines qui, comme ces dernières, agit au niveau de certains neuromédiateurs cérébraux : essentiellement la dopamine et la noradrénaline. Entre 2005 et 2008, la prescription de ritaline et des médicaments voisins a doublé au Royaume Uni.

La **fréquence** du trouble est extrêmement variable : 25 % des enfants américains en seraient affectés contre seulement 1 % des enfants de Hong Kong, ce qui laisse penser que le regard social contribue grandement à le déterminer.

Certains **enseignants**, dérangés par des élèves turbulents, indisciplinés ou peu intéressés par l'activité scolaire proposée, auraient tendance à alerter indûment les parents qui viendraient réclamer de leur médecin avec un diagnostic passe-partout un médicament miracle, qui n'est peut-être pas inoffensif.

On a en effet accusé la ritaline d'être à l'origine d'une **addiction** (le fait de ne pouvoir se passer d'un médicament), voire de favoriser l'apparition ultérieure d'autres toxicomanies.

### *Les précautions*

Pour corriger certains excès, on a en France limité sa prescription initiale aux pédopsychiatres et aux neuropédiatres, le médecin généraliste pouvant seulement renouveler une ordonnance.

On a surtout cherché à préciser les critères diagnostics pour ne pas considérer comme atteints de TDAH des enfants simplement agités pour tout un tas de raisons psychologiques, éducatives ou environnementales.

On a aussi formalisé les protocoles de prise de médicaments.

## *Les critères*

Le **début** doit être **précoce**, dans les cinq premières années. Les parents ont remarqué une activité motrice exagérée quand l'enfant était encore un tout petit bambin qui commençait à marcher.

L'**inattention** est **persistante**. L'enfant ne peut pas maintenir son attention longtemps sur un jeu ou une activité scolaire. Il commence une activité et change très rapidement de centre d'intérêt. C'est un enfant touche à tout, qui ne persévère pas dans ce qu'il a entrepris. Il sème le désordre autour de lui, égare les objets nécessaires à l'activité programmée. Il oublie les consignes et ne semble pas écouter quand on s'adresse directement à lui. Il est facilement distrait et oublie de remplir des tâches ou des activités quotidiennes. Des tests spécifiques tentent aujourd'hui de mesurer de manière plus précise le niveau d'attention dont l'enfant est capable.

L'**hyperactivité** et l'**impulsivité** se manifestent par un comportement agité et incoordonné. L'enfant quitte son siège en classe inopinément, court ou grimpe sur un meuble à tout bout de champ et de manière inappropriée. Il a de la difficulté à s'engager dans une activité réglée, comme un jeu collectif. Il donne l'impression d'être monté sur ressorts ou comme animé par un moteur à l'entraînement duquel il ne peut résister. Il vient se mêler de manière inopportune et intrusive aux activités des autres, leur emprunte leur matériel, dérange à tout instant l'activité d'un groupe.

Ces symptômes doivent exister depuis au moins six mois et avoir des **conséquences marquantes** sur l'intégration sociale et les capacités d'apprentissage de l'enfant.

Le TDAH peut s'associer à une **intelligence précoce** (enfants dits surdoués) qui s'adapte difficilement à une scolarité ordinaire.



## Mon enfant est surdoué

Le TDAH est parfois associé à une intelligence précoce. On a tendance aujourd'hui à surévaluer la fréquence des enfants dits surdoués, sous la pression des médias et parfois des familles cherchant à justifier les difficultés de leur progéniture à suivre une scolarité normale et à s'insérer dans la société des autres enfants. Quelques psychologues ou psychiatres soutiennent, non sans démagogie, ce combat militant. Parents, quand un enfant s'adapte mal au milieu scolaire et à ses camarades, il est prudent de ne pas mettre tout de suite en cause l'incapacité du milieu à répondre à ses besoins et de s'interroger sur ce qui chez lui fait obstacle à son adaptation. L'école peut être mauvaise, les camarades intolérants et les dons d'enfants ne pas être reconnus, mais commencer par attaquer les autres n'est pas toujours très productif. Les paranoïaques dans leur

malheur en savent quelque chose. Il n'est pas toujours facile devant les aléas de la vie, surtout s'ils touchent la chair de notre chair, d'éviter la parano commune.

### *L'évolution*

Dans les formes répondant aux critères précis, la **ritaline** donne de bons résultats. Ce traitement doit être suivi régulièrement, sous contrôle médical, associé si possible à un **suivi psychologique** voire psychothérapique et à un **soutien familial**.

En effet le TDAH retentit sur l'équilibre de l'enfant et souvent de sa famille que son impulsivité et son hyperactivité épuisent. L'enfant peut se déprimer face à ses échecs scolaires et sociaux et se former une mauvaise image de lui-même ou évoluer vers d'autres troubles du comportement.

En grandissant les troubles diminuent, mais ils peuvent persister à l'âge adulte.

### *Les causes*

Dans son désir d'obtenir parmi les autres disciplines médicales une honorabilité qui se mesure plus au nombre de ses publications scientifiques dans des revues de prestige que par son efficacité au service des clients, la psychiatrie moderne multiplie ici comme ailleurs les **hypothèses biologiques**.

On a évoqué un **problème de filtrage** des informations pertinentes pour planifier une action. L'enfant bombardé de stimulations de toutes sortes ne pourrait réagir que de manière impulsive. Il faut remarquer que cette hypothèse ne fait que retraduire en termes plus savants la simple description du trouble ! D'où vient ce défaut de filtrage, supposé neurologique ? On a fait défiler toutes les causes à la mode :

- ✓ bien sûr la **pollution** : les métaux lourds et notamment le mercure ou le plomb ;
- ✓ l'**alimentation industrielle** de mauvaise qualité et les **pesticides** ;
- ✓ des **facteurs d'environnement**, comme le temps passé devant la télévision ;
- ✓ des **facteurs génétiques**, en faisant droit bien sûr à l'épigenèse c'est-à-dire à l'interaction entre gènes et environnement. Rien de bien original.

## Darwin, quand tu nous tiens

Sur le plan génétique, il faut citer une hypothèse originale qui s'inscrit dans un courant très développé aux États-Unis : la psychologie darwinienne. Une attention fluctuante et une hyperactivité auraient été sélectionnées par l'évolution aux temps du nomadisme et des civilisations de cueillette et de chasse. C'est l'apparition de l'agriculture et la sédentarisation qui auraient sélectionné les gènes de l'attention et de l'activité réglés comme nous les connaissons. Le TDAH serait lié à la persistance anormale d'un gène ancien. (On se

rappelle Cesare Lombroso qui attribuait le crime à la survivance « atavique » des instincts brutaux du singe, notre ancêtre.) Nos hyperactifs avec déficit de l'attention seraient en fait des nomades résiduels et des cueilleurs ou des chasseurs potentiels ! Allez le dire à leurs parents : ils vous regarderont avec un drôle d'air et ils n'auront peut-être pas tort.

On oublie semble-t-il que les TDAH prédominent dans les **milieux défavorisés**, culturellement transplantés et où le chômage, la pauvreté, un statut légal irrégulier font régner l'insécurité. Ils apparaissent aussi dans des **situations familiales difficiles** pour d'autres raisons que sociales. Ils peuvent révéler des maltraitances ou des négligences aussi bien psychologiques que physiques. Leur individualisation et le saupoudrage de ritaline – qui encore une fois, dans les cas bien ciblés, a des effets positifs – ne servent-ils pas alors à masquer des troubles de l'attachement d'origine sociale et/ou psychologique, à éviter au psychiatre un travail relationnel avec l'enfant et sa famille, plus coûteux en temps et en attention, et à faire l'économie de la formation approfondie nécessaire pour ce travail ?

### ***Les troubles oppositionnels avec provocation (TOP)***

C'est une **catégorie assez mal définie** et à la frontière de la pathologie et des problèmes d'ordre socio-éducatif.

### ***Les critères***

On désigne sous le nom de *TOP* un ensemble de comportements très désagréables pour l'entourage et qui ont en commun un **refus de l'autorité**. Hostiles, provocateurs, défiants vis-à-vis des figures d'autorité, les enfants diagnostiqués comme atteints de TOP se mettent facilement et longuement en colère à la moindre remarque, deviennent agressifs et violents.

### *L'évolution*

Les TOP peuvent évoluer vers de **graves troubles de la conduite** et se structurer sur un mode antisocial, voire fournir un contingent à la délinquance juvénile dont on sait qu'elle est de plus en plus précoce.



## **« Pas de zéro de conduite pour nos enfants ! »**

C'est le titre d'une pétition qui a rencontré un certain succès. À la suite des recommandations d'un groupe de travail de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) pour prévenir la délinquance juvénile, le pouvoir politique avait à un moment pensé introduire un dépistage systématique à l'école maternelle. Ce dépistage aurait conduit à la mise en

œuvre précoce de traitements éducatifs voire médicamenteux. Ces propositions ont soulevé de vives réactions dans l'opinion et le projet a été abandonné.

### *Les causes*

L'expérience clinique et la simple logique conduisent à attribuer la majeure partie de ces troubles à des **situations psychosociales** : carences ou incohérences éducatives, contexte familial perturbé souvent par l'insécurité sociale, phénomènes de ghettoïsation, de bandes avec fixation sur des modèles adolescents déjà entrés en délinquance, dissémination d'attitudes de révolte liées à la pauvreté, sentiment de rejet, perte de repères identitaires familiaux et culturels.

La forte tendance actuelle à biologiser la psychiatrie et à individualiser des troubles auxquels on accole une étiquette diagnostique sur le modèle des maladies du corps amène à minimiser le rôle de ces facteurs et à chercher dans les gènes ou dans les synapses une explication plus rassurante car plus facilement objectivable. Comme ailleurs, les progrès de l'**épigénèse** (ce courant de recherche qui étudie les interactions entre les gènes et l'environnement) ainsi que la notion de **plasticité cérébrale**, qui relie le développement des différentes zones du cerveau (un peu comme celui des muscles) à leur utilisation, permettront peut-être un jour de dépasser certaines oppositions et de parvenir à une compréhension globale débarrassée d'*a priori* idéologiques, corporatistes ou commerciaux. Les TOP sont en effet devenus une indication majeure des neuroleptiques aujourd'hui autorisés et de plus en plus utilisés

chez l'enfant, non sans risque pour sa santé ultérieure.

## ***Le retard mental***

Ce fut longtemps on l'a dit, avec l'enfant indocile ou instable décrété « pervers constitutionnel », l'un des deux objets principaux de la psychiatrie de l'enfant.

## ***La mesure de l'intelligence***

### ***L'échelle de Binet et Simon***

Deux auteurs français, un psychologue et un médecin, Alfred Binet et Théodore Simon, ont au début du XX<sup>e</sup> siècle défini l'intelligence comme une grandeur mesurable. Ils ont inventé une *échelle métrique* qui, en posant des questions à l'enfant et en le soumettant à des exercices, permettait de coter ses connaissances et sa capacité à résoudre des problèmes divers – ce qu'on appelle aujourd'hui les **compétences cognitives**. Appliquée à un grand nombre d'enfants d'âge identique, elle servait à établir une **norme statistique** et à dépister les enfants hors norme.

### ***Le QI***

Traversant l'Atlantique, cette échelle, reprise et perfectionnée par des psychologues américains sous le nom de **test de niveau**, a permis de définir un **âge mental de l'enfant** (le niveau de capacités

cognitives atteint dans le test). Le **quotient intellectuel** (le fameux QI) est le rapport de l'âge mental sur l'âge réel multiplié par 100. Les tests se sont depuis multipliés et affinés tout en continuant à faire l'objet de critiques sur leur fiabilité et leur validité. Un sujet normal devrait avoir un QI de 100. Avec la plupart des tests employés, un enfant normal, appartenant à un milieu social économiquement et culturellement favorisé, ayant suivi une scolarité primaire et secondaire ordinaire et bénéficiant d'une attention, d'une affection et de stimulations conséquentes dans sa famille, atteint facilement un QI de 120 sans pour cela être « surdoué ». On estime à l'inverse que jusqu'à 80 les intelligences dites « faibles » (souvent du fait de conditions environnementales moins favorables) sont encore dans la normale. En dessous de 50 on parle de « retard mental important ». Le QI doit rester un simple **instrument de mesure** pris dans un ensemble. Il s'est trop souvent substitué à un examen clinique de l'enfant, conduisant à des orientations scolaires automatiques et discutables. Employé sans nuances chez l'adulte, il a servi à des orientations professionnelles tout aussi discutables et, aux États-Unis, a été utilisé pour exclure des candidats à l'immigration dont l'échec aux tests était simplement dû à une différence culturelle.



## *La malmesure de l'homme*

C'est sous ce titre que le grand biologiste américain Stephen Jay Gould a consacré

un ouvrage à une critique sans concession du QI, et plus généralement de la mesure soi-disant objective des capacités intellectuelles considérées comme innées et de nature purement physique. Le livre est dédié à ses grands-parents immigrés de Russie qui ont passé avec succès les tests de niveau requis par les autorités d'Ellis Island sur le port de New-York !

### *Les retardés mentaux et l'école*

Dans la suite des travaux d'Alfred Binet et de Théodore Simon, l'Éducation nationale (on disait alors « l'Instruction publique ») divisait les enfants souffrant d'un retard mental en « éducatibles » et « inéducatibles ». Les « **inéducatibles** » (parmi lesquels se trouvaient de nombreux autistes incapables de répondre aux questions parce que murés dans leur autisme) étaient renvoyés dans les asiles d'aliénés ou dans des institutions charitables souvent religieuses. Ils n'étaient pas scolarisés. Les « **éducatibles** » bénéficiaient dans les écoles ordinaires de classes spécialisées dites alors de perfectionnement. On les appelle aujourd'hui *classes d'inclusion scolaire* (CLIS). Elles se sont diversifiées selon le type de handicap et prolongées dans l'enseignement secondaire sous le nom d'*unités localisées pour l'inclusion scolaire* (ULIS) et de *sections d'enseignement général et professionnel adapté* (SEGPA). Les équipes psychiatriques publiques ou associatives collaborent avec cet enseignement spécialisé qui bénéficie d'enseignants ayant suivi une formation particulière.

Après la Seconde Guerre mondiale, indignés par le piètre accueil de leurs enfants dans les hôpitaux psychiatriques et revendiquant pour eux une scolarité adaptée, les parents des enfants arriérés soi-disant « inéducables » se sont regroupés en **associations**. Soutenus par des professionnels, ils ont obtenu la création d'instituts spécialisés dits médico-éducatifs (IME) financés par la Sécurité sociale. L'Éducation nationale a détaché des enseignants dans ces structures, en même temps qu'elle développait par le biais d'associations relais ses propres **structures médico-éducatives**. Une large place a été faite aux psychiatres d'enfants, placés parfois dans des positions de direction. Les instituts médico-éducatifs ont permis d'expérimenter une articulation entre le soin et l'éducation, qui a représenté l'un des fleurons de la pédopsychiatrie française.

Depuis les années quatre-vingt-dix, un état d'esprit nouveau a commencé à prévaloir tant chez les parents que chez les professionnels. On a commencé à **critiquer la ségrégation** dans des institutions spécialisées des enfants souffrant d'un retard mental – mais aussi celle des autistes et des enfants psychotiques qui suivaient souvent le même destin et dont le niveau intellectuel était généralement sous-évalué. Quelques expériences d'inclusion scolaire en milieu normal ou subnormal (CLIS et ULIS) ont montré que ces enfants pouvaient trouver leur place à l'école sans se sentir rejetés et bénéficier auprès des enfants ordinaires d'une socialisation et d'une stimulation intellectuelle efficaces. En même temps que les CLIS et ULIS s'ouvraient davantage au reste du milieu scolaire, les IME intégraient un nombre croissant de leurs élèves à l'école, à temps plein ou à temps partiel.

La **loi** fait maintenant obligation à l'école d'inscrire tous les enfants, quelles que soient la nature et la profondeur de leur handicap. Ce qui n'empêche pas chaque cas particulier de trouver (au moins théoriquement) sa solution :

- ✓ scolarité complète ou partielle avec ou non l'aide d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS) ;
- ✓ scolarité assortie d'un temps en IME et/ou d'un accueil à temps partiel dans un service de soins psychiatriques ;
- ✓ maintien d'un accueil à temps plein en IME avec sur place poursuite d'une scolarité adaptée.

Une pratique de réseau se met ainsi en place afin d'exploiter les possibilités développementales de l'enfant quelles que soient la profondeur et la nature de son retard. Ce beau tableau se heurte toutefois à trois **obstacles** majeurs :

- ✓ un **manque criant de moyens** en quelques points du territoire ;
- ✓ le **maintien de corporatismes** et un **défaut de tolérance** de certaines écoles qui s'opposent à la politique d'ouverture et de coopération ;
- ✓ l'idéologie dite de la **normalisation**, qui pousse certains parents à récuser le bénéfice de toute structure spécialisée considérée en elle-même comme pathogène et à refuser tout soin psychiatrique pour leur enfant dont ils dénie la souffrance et les déficits. Ces parents réclament une inclusion scolaire « tous azimuts », parfois désastreuse pour l'enfant perturbé par la présence des autres et les exigences minimales des rythmes scolaires. Ils se satisfont alors d'une inclusion de pure apparence d'un enfant laissé au fond de la classe en compagnie de son AVS.

## *Les causes du retard mental*

Elles sont multiples.

### *Les causes organiques*

Les plus évidentes, elles sont privilégiées par le DSM :

✓ De nombreuses **atteintes du développement cérébral** peuvent être à l'origine d'un retard mental : une souffrance intra-utérine de l'embryon ou du fœtus, une prématurité, une anoxie (un manque d'oxygénation) lors d'un accouchement difficile, une encéphalopathie (une maladie du cerveau) dans la petite enfance. Certaines **maladies infectieuses** – une méningite, une rougeole, voire une banale varicelle – peuvent malheureusement se compliquer d'atteintes cérébrales et laisser derrière elles un retard mental.

✓ Le retard mental accompagne de nombreuses **maladies génétiques**. On en découvre de plus en plus de nouvelles, souvent associées à des dysmorphies (une anomalie du visage, une allure particulière).

✓ Les deux grandes causes de retard mental sont la **trisomie 21** (le « mongolisme » qui est un accident avec doublement d'un chromosome lors de la formation des cellules reproductrices) et le **syndrome du X fragile** (une anomalie génétique sur le chromosome X transmise par la mère). L'aspect des enfants oriente le diagnostic qui est confirmé par un caryotype (un examen des chromosomes).

Bien que l'origine organique soit ici indiscutable, cela ne signifie pas que ces handicaps soient fixés

de manière irrémédiable. Des mesures éducatives spécifiques, une pédagogie spécialisée tenant compte de leurs difficultés, une stimulation de leurs intérêts par des méthodes d'éveil, une attention à leur vie émotionnelle et affective se conjuguent pour aider ces enfants retardés à développer leurs potentialités.



## **Des trisomiques heureux**

L'exemple de la trisomie 21 montre comment une action entreprise sous l'impulsion conjointe des familles et des professionnels peut se révéler efficace. Autrefois les « mongoliens » restaient pour la plupart voués à un destin de grands arriérés, enfermés sans espoir dans des asiles, ou divaguaient dans les campagnes avec le statut moins enviable qu'on ne le croit d'idiot de village. Grâce à une prise en charge éducative très précoce associant les parents, grâce à une inclusion scolaire dès la maternelle poursuivie ensuite de manière adaptée et raisonnée, leur avenir n'est plus le même. Moins nombreux qu'autrefois du fait du dépistage de la trisomie en début de grossesse et de l'interruption de cette grossesse, ils acquièrent des compétences scolaires, sociales voire professionnelles qui leur étaient jadis refusées. Certains peuvent même réussir une vie affective et s'établir en couple. Ils ont certes besoin de protection et de

compensations à leur handicap, mais parviennent dans bien des cas à maintenir une intégration beaucoup plus satisfaisante qu'auparavant dans la société.

Le psychiatre d'enfants ici a surtout pour tâche de soutenir les équipes éducatives et pédagogiques dans un travail où l'imagination créatrice de chacun joue un rôle essentiel et qui risque, faute d'élaboration suffisante, de s'enfoncer dans une monotonie stérile et dans le gardiennage.

### *Les causes psychosociales*

Naguère bien spécifiées, elles sont aujourd'hui fâcheusement négligées.

- ✓ Pourtant comme on l'a déjà noté, il est évident que le développement intellectuel est en grande partie lié aux **conditions d'environnement**, que les enfants des milieux défavorisés ou déstructurés ont moins de chance que les autres sur le plan cognitif comme sur le plan affectif. Les troubles de l'attachement s'accompagnent souvent d'un retard intellectuel.
- ✓ Certaines **inhibitions névrotiques** peuvent prendre le masque d'une pseudo-débilité et se fixer derrière ce masque, faute d'un travail psychothérapique qui pourrait relancer le développement.
- ✓ Il existe enfin des situations mixtes où un authentique trouble d'origine organique décelable (par exemple une épilepsie) s'accompagne d'une structuration de la personnalité sur un mode psychotique. La pédopsychiatrie française est restée ainsi attachée au concept de **psychose déficitaire**

forgé par Roger Misès, ignoré par les classifications américaines ou internationales. Il a l'avantage de susciter des **programmes de soins en institution** à temps plein ou à temps partiel associés à des **mesures éducatives et pédagogiques**. Le soin, en libérant l'enfant d'une invasion de sa vie mentale par une activité imaginative désordonnée, voisine du délire dans son indistinction du fantasme d'avec la réalité quotidienne, permet à l'enfant de mieux bénéficier de l'éducation et de la pédagogie qui lui sont proposées.

## *Les particularités de la pédopsychiatrie francophone*

La France, la Belgique francophone, la Suisse romande, le Québec, les pays francophones d'Afrique ainsi que le Liban et jusqu'il y a peu la Syrie ont été traversés par de nombreux échanges entre pédopsychiatres. Des formations en psychiatrie de l'enfant ont été partagées entre ces pays et se sont étendues à l'Italie, à la Grèce, à certaines régions d'Espagne et à des pays d'Amérique du Sud comme l'Argentine et la Colombie. Une pédopsychiatrie francophone s'est ainsi développée, assez différente de celle qui prévaut de plus en plus dans les pays anglophones et en Europe du Nord. Même si aujourd'hui, avec la diffusion du DSM et son influence sur la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (CIM), ces différences tendent à s'estomper au profit de l'anglophonie dominante, une certaine spécificité persiste. Elle est due en partie, au moins en France, à l'appui sur une organisation particulière : le **secteur psychiatrique** qui assure,

sur l'ensemble du territoire, des **soins de proximité**. On se limitera ici à pointer quelques particularités théoriques et un système de classification qui tient compte de ces particularités.

## ***Une théorie qui fait droit à l'humanité de l'enfant***

### ***Le petit d'homme comme être de langage***

L'être humain a pour spécificité d'être un être de langage. Chacun de ses comportements, normal ou anormal, prend nécessairement sens pour un autre être humain, communique quelque chose à l'autre qui l'interprète. C'est vrai pour l'adulte, c'est vrai pour l'enfant et même pour le bébé.



## **Le bébé est une personne**

Le pédiatre américain Thomas Berry Brazelton est l'auteur d'une échelle du développement du bébé utilisée dans le monde entier. Il a insisté sur les compétences précoces du bébé. Ses travaux ont initié des recherches en psychologie du développement et permis de découvrir que, pour l'adulte qui prend soin de lui, le comportement du bébé exprime quelque chose, représente un message que l'adulte interprète et auquel il répond, échangeant avec ce bébé ce

qu'on étudie aujourd'hui comme une conversation primaire.

La psychanalyse comme la psychologie sociale et la psychologie du développement sont fondées sur cette constatation. Les unes comme les autres analysent cette **communication interpersonnelle**, étudient la relation entre deux subjectivités.

### *Des points de vue différents sur l'importance de la relation*

La psychiatrie anglophone actuelle est tournée vers la **mise en évidence de symptômes** et la construction d'un langage commun à tous les psychiatres pour faire à partir de ces symptômes le même diagnostic, avec le présupposé implicite de ramener ces symptômes à un mauvais fonctionnement du cerveau. Comme la médecine du corps elle met entre parenthèses la relation intersubjective et accorde une place importante aux recherches portant sur des populations homogènes regroupant un grand nombre de cas similaires. Sans nier l'intérêt des recherches neurobiologiques et de l'épidémiologie (la répartition des maladies), la pédopsychiatrie francophone a mis au contraire au centre de ses préoccupations la relation individuelle de l'enfant avec ses différents interlocuteurs.

### *La pédopsychiatrie française infestée par la psychanalyse ?*

Ses critiques lui reprochent une inféodation à la psychanalyse. Si les pionniers de la pédopsychiatrie française étaient en effet pour la

plupart des psychanalystes, si la psychanalyse garde une influence importante parmi les pédopsychiatres français, elle n'est pas, loin de là, leur seule source d'inspiration. Les **recherches en sciences cognitives** (notamment en psychologie du développement), la **psychologie sociale** et la **phénoménologie** ont gardé ou conquis une place importante dans une discipline dont l'éthique reste centrée sur un respect de la personne de l'enfant dans sa globalité. La primauté est donc accordée à une attitude de compréhension du sens des symptômes tels qu'ils sont vécus par l'enfant et par son entourage. La recherche de l'explication de ces symptômes par une éventuelle lésion ou par une transmission génétique (toutes deux généralement encore inconnues) ne vient que secondairement. Ce point de vue, plus général que celui de la psychanalyse, est qualifié de **psychodynamique**.

### *Un système de classification original*

#### *Une forme de résistance à l'impérialisme du DSM*

Bien que centrés surtout sur la relation individuelle avec chaque enfant et sa famille, les pédopsychiatres français n'ont jamais nié l'utilité d'une classification pour évaluer l'effet des traitements et étudier la distribution des pathologies qu'ils rencontraient. Ils ont toutefois souhaité que cet effort classificatoire n'aille pas à l'encontre du travail quotidien et que la démarche diagnostique nécessaire ne vienne pas faire obstacle à la compréhension de la personnalité du cas individuel dans toutes ses dimensions. C'est pourquoi, en réponse à un DSM jugé trop objectivant et stérilisant pour la pratique, un

groupe de travail réuni en 1987 autour de **Roger Misès** a mis au point et expérimenté un outil qui s'est ensuite généralisé à toute la pédopsychiatrie francophone. Un système d'équivalence avec la classification internationale a permis ensuite aux professionnels de poursuivre des échanges internationaux dans une perspective de comparaison entre les pratiques et les recherches, en résistant à l'homogénéisation et en maintenant des références théoriques et une pratique originales. Il faut rappeler ici que la psychiatrie n'a pas encore atteint un niveau de développement qui lui permettrait d'affirmer, comme le reste de la médecine, des vérités universelles. Les prétentions à l'universalité masquent en réalité un souci d'uniformiser un grand marché mondial de l'exercice psychiatrique, plus profitable aux compagnies pharmaceutiques qu'à la personne de chaque patient dans les particularités de sa culture.

### *Une classification d'inspiration psychodynamique*

Contrairement au DSM qui se prétend « athéorique », la classification des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) continue à se référer à un ensemble de théories sur le développement de l'enfant qui prennent en compte le sens des comportements.

➤ Elle n'a pas renoncé à la catégorie des **névroses** – ce qui implique une écoute pour les conflits et les angoisses qui peuvent déchirer la vie intérieure de l'enfant. Il peut s'agir de **conflits** entre désirs et interdits ou de conflits de loyauté entre les images internes de personnes significatives de l'environnement de l'enfant, personnes qui

peuvent être elles-mêmes en conflit ou que l'enfant imagine être en conflit. Il peut s'agir aussi de conflits entre les désirs de l'enfant et une réalité trop éloignée de ces désirs, donc vécue comme exagérément frustrante. Pour résoudre ces conflits et diminuer l'angoisse, l'enfant a recours à des mécanismes de défense dont les symptômes névrotiques (anxiété, phobies, obsessions, conversion hystérique, inhibition) sont la résultante.



## Pipi caca

Un trouble névrotique se manifeste aussi chez l'enfant par ce que le DSM appelle des *troubles de l'élimination*. La propreté de jour et de nuit est habituellement acquise avant 6 ans (aujourd'hui plus tard qu'autrefois du fait des couches synthétiques qui rendent les parents plus tolérants et retardent l'éducation sphinctérienne). Certains enfants anxieux résistent aux méthodes éducatives habituelles et continuent à faire pipi au lit (l'énurésie). L'énurésie peut être primitive ou secondaire, à la naissance d'un autre enfant, à une séparation des parents, à l'entrée à l'école, chez un enfant déjà propre. L'encoprésie désigne un comportement où l'enfant, souvent obsessionnel, se retient d'aller à la selle et excrète par regorgement. Ces symptômes cèdent généralement après un travail psychothérapeutique simple qui associe un

accueil déculpabilisant, des explications sur le fonctionnement des sphincters, des mesures éducatives à teinte comportementaliste (carnet de bord avec récompenses), parfois des médicaments ou l'utilisation d'un dispositif électrique d'alerte (pipistop). La relation au thérapeute investi comme un confident et un juge bienveillant peut déboucher sur une relation transférentielle et sur une psychothérapie de plus grande envergure où le symptôme conduit à expliciter des angoisses plus profondes.

➤ La CFTMEA n'a pas renoncé non plus à la catégorie des **psychoses**, faisant une place, à côté de l'autisme sous ses différentes formes, à d'autres psychoses à symptomatologie et à évolution différentes, comme les dysharmonies psychotiques et les psychoses déficitaires. Elles correspondent, rappelons-le, aux troubles envahissants du développement non spécifiés autrement du DSM et aux autres troubles envahissants du développement de la CIM. La CIM et le DSM ont d'abord construit ces deux dernières catégories à la périphérie de l'autisme, de manière seulement négative, par exclusion du diagnostic d'autisme. Comme le disait la publicité d'une célèbre boisson non alcoolisée : elles avaient l'aspect de l'autisme, le goût de l'autisme, mais ce n'était pas de l'autisme. Aujourd'hui la dernière édition du DSM rassemble le tout dans un mélange inconsistant : les **troubles du spectre autistique** (TSA). La CFTMEA a l'avantage de donner un contenu positif à ses descriptions et aux mécanismes psychopathologiques qui sous-tendent tant les dysharmonies psychotiques que les psychoses

déficitaires et permettent de les distinguer de l'autisme typique ou atypique, ce qui pour la recherche est un avantage certain.

➤ Avec la catégorie des **pathologies limites**, la CFTMEA accorde une place originale à l'évolution des troubles de l'attachement et du défaut précoce d'étayage par l'environnement. Les pathologies limites sont caractérisées par des troubles de l'image et de l'estime de soi, ce que la psychanalyse a défini sous le nom de *narcissisme*. Se jugeant, à tort ou à raison, mal aimé ou ayant de la difficulté à se représenter une relation positive à autrui, l'enfant en situation limite ne s'aime pas. Il peut chercher à compenser cette faille profonde en idéalisant autrui et en se fixant de manière parasitique à cet autrui dont il attend une réparation impossible. Les moindres déceptions ou les séparations le précipitent dans le gouffre de son impuissance à aimer, à être aimé et à s'aimer. Les pathologies limites sont donc voisines de la dépression contre laquelle elles érigent des défenses diverses : troubles du comportement, froideur et retrait qui peuvent faire craindre une évolution schizophrénique, inhibition de la curiosité naturelle entraînant des défauts d'apprentissage. On voit que dans cette perspective les troubles des conduites et les dys, sans que par ailleurs ne soit niée l'éventuelle composante neurodéveloppementale, acquièrent une autre signification, une logique interne, prennent une dimension psychopathologique.

*Quelques remarques pour conclure ce  
(trop) long chapitre*

## *Les diagnostics*

Les diagnostics en pédopsychiatrie sont des diagnostics **relatifs** pour deux raisons :

- ✓ L'enfant, répétons-le, est un **être en développement**. Il est par définition en train de changer tous les jours dans son corps comme dans son esprit. Le diagnostic d'un état censé être pathologique est donc toujours un diagnostic provisoire, susceptible d'être révisé.
- ✓ Le diagnostic dépend de la **nomenclature** adoptée. Aucune nomenclature, même le tout-puissant DSM, ne repose sur un système de preuves ayant la force d'une démonstration scientifique. Toutes les nomenclatures sont basées sur des conventions entre médecins.

## *La résilience*

Ce terme emprunté à la résistance des matériaux traduit la capacité de l'enfant, même placé dans des conditions déplorables, à survivre et à se développer. Cette **confiance dans les capacités** de l'enfant, si elle ne doit pas conduire à négliger l'impact négatif du stress ou des maltraitances, doit aussi inspirer une certaine mesure dans les interventions et une certaine réserve envers la tendance à « pathologiser » à l'excès des réactions somme toute normales à un traumatisme ou à un deuil.

## *L'enfant en souffrance est une personne avant d'être un malade*

La volonté des psychiatres d'être pris au sérieux par l'opinion et par les autres médecins ne doit pas leur faire oublier, lorsqu'ils traitent des

enfants, qu'ils s'adressent d'abord à des êtres humains en devenir, qui existent pour eux-mêmes avant d'être l'objet d'une « science » médicale, et que par conséquent même dans des pathologies graves tout comportement ne doit pas être considéré comme symptomatique. Le plus malade des enfants garde une partie saine.

## Chapitre 16

# La psychiatrie de l'adolescent

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Définir la période adolescente et ses particularités
  - ▶ Prendre conscience des différents visages du passage à l'acte de l'adolescent
  - ▶ Analyser les troubles alimentaires, leurs causes, leurs traitements
  - ▶ Reconnaître les visages de la toxicomanie et leurs implications
- 

### *Des banalités*

L'adolescence pose de nombreux problèmes aux parents et plus généralement à notre société. C'est un **âge de changements** dans une société qui elle-même change rapidement et dont on pourrait presque dire que c'est une société adolescente, où les anciennes séparations entre les générations et le respect des fonctions d'autorité se sont estompés. Les rites de passage, qui dans les sociétés traditionnelles réglaient le passage de l'enfance à l'âge adulte, ont disparu ou se sont

profondément modifiés. L'évolution des mœurs et le développement des méthodes contraceptives ont fait que la sexualité agie – cette césure évolutive qui marquait la fin de l'enfance – est découverte beaucoup plus tôt. En même temps les difficultés économiques et l'allongement des études, leurs difficultés croissantes, la multiplication des filières et des métiers, retardent l'entrée dans la vie active et l'autonomisation de nombreuses personnes. L'adolescence est devenue beaucoup plus longue, sinon interminable. Tout cela a fait l'objet de nombreux travaux. Il est difficile de parler de l'adolescence sans répéter ce que tout le monde sait et sans tomber dans la banalité.

## ***Une pathologie spécifique de l'adolescence : la crise ?***

Le DSM ne reconnaît pas de pathologie spécifique de l'adolescence et se contente de donner l'âge électif de la survenue de certains troubles ou l'effet de situations pouvant être rencontrées à l'adolescence, mais pas seulement à ce moment, comme le départ hors du nid familial. En France mais aussi en Grande-Bretagne, surtout chez les psychiatres d'inspiration psychodynamique (il en existe), on parle volontiers d'une *crise de l'adolescence*. C'est devenu une expression du langage commun qui rassure les parents : « Il fait sa crise d'adolescence. »

### ***Crise ou rupture***

De fait un équilibre ancien, établi dans l'enfance, vacille ; des réalités corporelles changent ; des modalités relationnelles habituelles se tendent ;

l'état intérieur est bousculé. La société contribue à ces bouleversements.

### *Des modifications biologiques*

Du fait de l'**afflux hormonal**, le petit garçon se muscle, prend du poil, sa voix change. Les seins de la petite fille poussent. Dans l'angoisse, la fierté ou l'indifférence apparente, elle connaît ses premières règles, le garçon ses premières éjaculations. Garçons et filles grandissent d'un coup. On le sait moins, le cerveau connaît alors une **pousse neuronale** considérable, analogue à celle de la prime enfance, et ses capacités d'apprentissage et de raisonnement, sa puissance à manier l'abstraction augmentent considérablement.

### *Des modifications relationnelles*

Du fait de ces modifications biologiques, les relations avec l'adulte se modifient. L'**interdit de l'inceste** devient plus évident : le père ne peut plus prendre sur ses genoux et câliner de la même manière sa petite fille, la mère ne peut plus prendre son petit garçon dans son lit. Une **distance** s'introduit, qui a des avantages (sur le plan d'une adresse plus égalitaire des uns aux autres) mais aussi des inconvénients : la diminution d'une proximité pour exprimer sa tendresse. L'adolescence est un gain mais c'est aussi une perte. On a parlé d'« adieux à l'enfance » – des adieux parfois douloureux de part et d'autre. Le jeu symbolique perd de son intérêt, encore qu'aujourd'hui la multiplication des jeux vidéo et autres jeux de rôle permette le

maintien, au-delà de l'enfance et de l'adolescence, d'un espace ludique virtuel.

### *Des interrogations intimes*

L'adolescent s'interroge sur lui-même. Par-delà ce que lui impose la nature, par-delà l'image que lui renvoient ses proches, qui est-il ? Homme ou femme ? Vers quel sexe le porte son désir ? Doit-il nécessairement choisir ? L'homophobie, le machisme, le donjuanisme peuvent masquer chez le garçon ces interrogations que la fille peut tenter d'éviter en multipliant les aventures ou par une grossesse précoce.

### *Des modifications sociales*

L'adolescence est devenue **un marché**. Des modes vestimentaires, musicales, comportementales se diffusent. L'adolescent se regroupe généralement avec des pairs, souvent en rupture avec la société globale ou tentant de marquer leur originalité vis-à-vis de cette société sous la forme d'une microsociété qui a ses usages et souvent son langage difficilement accessible aux moins jeunes. L'**identification aux pairs** remplace les identifications aux parents d'autant plus facilement que les parents, exclus de la société adolescente, trouvent plus difficilement le contact avec leur enfant. C'est là que la crise peut devenir rupture, surtout si l'adolescent récuse les valeurs culturelles voire religieuses ou politiques de ses parents ou, en quête d'identité, se cherche ailleurs un père spirituel avec un retour vers des valeurs ancestrales dont ses parents avaient pu s'éloigner.

## *Des symptômes pour dire quoi ?*

Crise ou rupture, l'adolescence dans la majorité des cas se passe sans autre bruit que de petits changements de caractère, une exigence d'autonomie, source de conflits parce que jugée parfois excessive par les parents, surtout une demande aiguë de reconnaissance et de considération de la part des adultes et des pairs. Elle peut toutefois prendre un **masque symptomatique** : des passages à l'acte (fugues, comportements agressifs ou délictueux, automutilations ou tentatives de suicide), des troubles du comportement alimentaire (boulimie ou anorexie), des toxicomanies. En dehors des pathologies authentifiées – la schizophrénie qui démarre électivement à l'adolescence et la dépression qui est fréquente à cet âge –, il importe de replacer ces symptômes dans leur contexte avant de les étiqueter. L'adolescence est un âge où la **prudence diagnostique** s'impose et où un comportement bizarre n'est pas forcément le signe d'une pathologie évolutive. Les troubles peuvent être un simple passage ou au contraire annoncer une impasse dans l'accession à l'âge adulte.

## *Un passage, dans un contexte fluide*

Dans son besoin de reconnaissance qui, à cet âge plus qu'à tout autre, est particulièrement intense, l'adolescent est-il simplement en train d'attirer l'attention sur son malaise à vivre le changement et à s'inscrire autrement dans son environnement familial, parmi ses pairs et dans son avenir social ?

## *Une impasse, dans un contexte fixé*

Où ses troubles manifestent-ils déjà les prémices d'une évolution pathologique plus conséquente ?

La réponse à ces questions n'est pas aisée. L'important est de **ne pas isoler le trouble** du reste de la personnalité et de la manière dont il est vécu par le sujet et par son entourage, donc de prendre en compte la situation globale de l'adolescent dans son milieu de vie. Cela prend du temps et s'accommode mal du rythme imposé aujourd'hui par l'économie aux consultations de psychiatrie, des exigences de résultat rapide de la clientèle et des listes de critères simplificateurs diffusées par le DSM.

## *Les passages à l'acte à l'adolescence*

### *Les bénéfices du passage à l'acte*

Sur un plan psychopathologique, les passages à l'acte ont toujours une signification, même si la biologie commence aujourd'hui à expliquer certains mécanismes. Le passage à l'acte est un moyen assez courant, mais plus manifeste à l'adolescence, de résoudre un conflit interne. Ayant de la **difficulté à mentaliser**, à abriter en eux des images contradictoires et à les articuler dans un récit intérieur – une narration qu'on trouve plaisir à se faire à soi-même en évoquant des souvenirs et en imaginant des projets –, certains adolescents cherchent dans l'issue motrice un **exutoire à la tension** qui les habite. Ils y trouvent en même temps, comme l'acteur au théâtre, un rôle qui les structure et les contient, quand ils se sentent se dissoudre dans un inconnu

qui leur fait peur. **Défaut de plaisir à penser, besoin de trouver dans un rôle extérieur une enveloppe pour ses émotions** : ce sont les deux matrices du passage à l'acte adolescent. Ne cherchez pas dans le DSM ce genre d'explications issues de l'observation clinique de cas individuels, vous ne les trouverez pas. Il y faut une théorie et une écoute absentes des grandes études statistiques !

### *Les fugues*

Elles peuvent être solitaires ou à plusieurs, temporaires ou prolongées. Elles aboutissent parfois à la **constitution de groupes** clochardisés et alcoolisés, accompagnés souvent de chiens. Ces groupes hantent certains lieux de rencontre, peuvent avoir des signes distinctifs vestimentaires ou des coiffures particulières, adopter des idéologies extrêmes. Différentes tentatives de « psychiatrie de rue » ont permis quelquefois d'entrer en contact avec des individus marginaux, plus fragiles et plus souffrants, qui suivent leur parcours sans vraiment en faire partie.

### *Le comportement agressif et délictueux*

Il n'est pas toujours opportun de « pathologiser » la violence et *a fortiori* la délinquance, une question qu'on retrouvera au chapitre de la psychiatrie médico-légale et criminologique. Il n'en reste pas moins que certains actes de **violence** ou certains **délits** peuvent avoir une dimension pathologique : besoin narcissique de s'affirmer et d'attirer l'admiration des autres, vengeance à la suite d'une frustration ressentie comme une injustice, recherche d'une autopunition.



## Une version moderne de *Crime et châtime*

Paul, dix-huit ans, n'allait pas bien. Dans son quartier on se moquait de lui. Il faisait figure de bête. Les filles le repoussaient et jamais il n'avait pu s'enorgueillir d'avoir, lui aussi, une copine. Toutes les nuits il se masturbait et se sentait minable et coupable..., il ne savait trop de quoi. Une honte tenace et une culpabilité permanente l'étreignaient. Une bande de gars du quartier décida de braquer un supermarché. Il réussit à se faire engager comme guetteur. On le mit dans un coin. Alertée par une alarme, la police déboula et surprit la bande en pleine action. Paul se retrouva en maison d'arrêt avec les autres, récidivistes pour la plupart. En taule, il était ravi. Enfin il était considéré comme un homme. Les autres ne lui tenaient pas trop rigueur de n'avoir pas annoncé à temps l'arrivée des flics. Hélas pour lui, comme c'était sa première affaire et que sa culpabilité directe n'était pas prouvée, il fut rapidement libéré. Pendant plusieurs semaines, on le retrouva errant aux portes de la maison d'arrêt, suppliant qu'on l'incarcère à nouveau. L'histoire se termina pour lui à l'hôpital psychiatrique, bien moins satisfaisant.

La violence peut s'exprimer de différentes manières, contre les membres de la famille, contre des tiers extérieurs, contre d'autres jeunes, contre des biens sous la forme de **vandalisme** pratiqué généralement en bande et sous l'influence d'alcool. On peut se demander si certaines formes de **tags** ne peuvent pas être rapprochées de la violence excrémentielle qui consiste à souiller de ses excréments un foyer d'accueil, un lieu de soins voire le théâtre d'un cambriolage.

### ***Les automutilations***

Assez fréquentes à l'adolescence, elles traduisent une tension interne insoutenable et surgissent sous la forme d'une **impulsion** incoercible. Elles peuvent être aussi pratiquées de manière chronique, dans la suite d'automutilations de l'enfance, notamment chez des adolescents souffrant de troubles autistiques ou psychotiques anciens. Elles représentent alors une sorte d'**autostimulation** visant à rétablir un sens des limites du corps.

### ***Les tentatives de suicide***

Elles peuvent se limiter à des **équivalents suicidaires** tels que des conduites à risque en automobile ou en moto. On sait que la tentative de suicide est un comportement fréquent de l'adolescent chez qui le suicide représente malheureusement la **deuxième cause de mortalité** après les accidents de la circulation. D'où la nécessité de prendre toute tentative au sérieux, sans nécessairement rattacher le suicide de l'adolescent à une pathologie mentale confirmée ou à un trouble grave de la personnalité.

On n'insistera pas sur les **moyens**. On sait que prédominent la prise de médicaments et la section des veines, mais il y a de nombreuses autres façons de mettre sa vie en jeu et éventuellement d'y mettre fin.

Les **facteurs déclenchants** sont également très nombreux : une perte, une séparation, une humiliation, un échec, le sentiment d'une injustice vécue comme un retrait de considération ou d'amour. Ils s'inscrivent généralement dans un contexte dépressif, sans forcément que l'adolescent suicidant n'ait été auparavant profondément déprimé.

La tentative peut avoir plusieurs **significations**, souvent mêlées les unes aux autres : une vengeance, un appel, plus rarement (en dehors des maladies mentales authentifiées) un autochâtiment (« Je ne mérite pas de vivre. »). On a trop souvent tendance à voir dans la tentative, lorsqu'elle n'est pas réussie, un chantage, c'est-à-dire une pression sur l'entourage pour obtenir quelque chose. S'il y a des tentatives qui ont valeur de chantage, ce n'est pas la règle. Derrière le simple chantage, il y a habituellement d'autres motivations. Toute tentative a une dimension de sacrifice qui parfois domine, une manière de tenter de se dépouiller d'une part de soi afin d'accéder à un état supérieur. Toute tentative témoigne aussi d'un jeu avec la mort, d'une mise à l'épreuve du destin assez caractéristique de la quête adolescente : « Si je survis alors je suis très fort, voire immortel. » C'est ce qu'on appelle le *suicide ordalique*, du nom de ce jugement médiéval qui consistait à soumettre un supposé coupable à une épreuve

dangereuse. S'il s'en sortait, c'est que Dieu avait décidé de montrer à tous son innocence.

Les tentatives peuvent être uniques mais les suicidants sont souvent des **récidivistes**, une raison de plus pour ne pas prendre leur acte à la légère et pour leur proposer des lieux de parole, souvent en groupe avec d'autres suicidants, où ils peuvent apprendre à élaborer psychiquement leurs émotions plutôt que les agir.

## ***Les troubles du comportement alimentaire***

### ***L'anorexie mentale***

Déjà remarquablement décrite à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle par le médecin français Charles Lasègue, l'anorexie mentale (du grec *anorexia*, « absence d'appétit ») est une **pathologie sévère** et parfois mortelle de l'adolescence qui atteint surtout les jeunes filles, mais peut aussi se rencontrer chez quelques garçons. On décrira ici ses symptômes, son évolution et son traitement chez la fille avant de s'interroger sur le processus anorectique.

### ***Les symptômes***

Le début est **progressif**, en quelques mois, le plus souvent sous prétexte d'un régime diététique à visée esthétique, parfois sous des prétextes de malaise physique : des maux de tête, des troubles digestifs.

Les restrictions alimentaires entraînent un **amaigrissement** qui peut devenir impressionnant (jusqu'à 50 % du poids initial). L'anorexie proprement dite (le manque d'appétit) n'est pas constante. Certaines anorectiques, paradoxalement, connaissent la faim et peuvent même trouver un certain plaisir à s'affamer. Elles peuvent aussi céder à cette faim et présenter des épisodes de fringale. La culpabilité qu'elles ressentent alors les conduit à se faire vomir et à prendre des laxatifs pour laver leur tube digestif.

L'amaigrissement s'accompagne paradoxalement d'une **hyperactivité** physique ou mentale. La jeune fille s'adonne avec une certaine frénésie aux sports, peut développer des pratiques ménagères et de rangement quasi obsessionnelles, s'épuise, parfois avec succès, dans des études.

**L'aménorrhée** (l'absence de règles) est habituelle.

La pathologie anorectique entraîne des **réactions familiales**. Devant le refus alimentaire persistant, la famille s'angoisse, tente de séduire la jeune fille par des propositions alimentaires appétissantes. L'excès d'insistance entraîne un excès de résistance à l'origine d'un véritable cercle vicieux interactif.

### ***L'évolution***

- ✓ Les formes les plus graves peuvent aboutir à une **issue fatale**.
- ✓ Il existe à l'inverse des **formes mineures** qui s'améliorent rapidement et ne sont qu'un épisode passager dans la vie de la jeune fille.

- ✓ Il existe aussi des **formes chroniques** où la personne garde toute sa vie une alimentation réduite et un état de maigreur marqué, tout en menant une vie par ailleurs normale.
- ✓ Le plus souvent l'anorexie mentale nécessite des soins prolongés pendant plusieurs mois avec des possibilités de **rechutes** avant de se stabiliser.

### ***Le traitement***

- ✓ **L'isolement** en milieu hospitalier est généralement une étape importante. Il permet d'interrompre les inévitables interactions pathogènes avec l'entourage. Il a une dimension de thérapie comportementale. Il est en effet progressivement assoupli au fur et à mesure de la reprise de poids, vérifiée régulièrement.
- ✓ La **nourriture forcée** est proscrite par la plupart des spécialistes sauf dans les cas dramatiques où la vie est en danger. On propose plutôt des plateaux diététiques équilibrés, avec parfois prise de repas sous surveillance et contrôle des vomissements intempestifs.
- ✓ Ces mesures relativement coercitives, parfois nécessaires et souvent mal perçues par la famille, ne sont pas une fin en soi. Le séjour en milieu hospitalier et la réaction dépressive souvent induite chez la patiente, privée de son hyperactivité, doivent être mis à profit pour établir des **relations thérapeutiques** : maternage des infirmières, soins kinésithérapiques et d'esthéticiennes visant à réinvestir l'image du corps, début d'un travail psychothérapeutique individuel et en groupe.
- ✓ Parallèlement un travail de **soutien auprès de la famille**, des groupes de discussion de parents visent à détendre l'ambiance familiale

afin de préparer un retour dans de bonnes conditions.

### ***Le processus anorectique***

✓ Les **causes biologiques** alléguées restent encore mal connues. Confondue un temps avec une maladie endocrinienne (une maladie des glandes sécrétant les hormones), la maladie de Simmonds, qui atteint aussi les jeunes et se manifeste également par un amaigrissement massif, l'anorexie mentale a été attribuée à un **désordre glandulaire**, d'où son traitement encore fréquent par des endocrinologues. Cette hypothèse ne semble pas pourtant confirmée et les bilans endocriniens des malades atteints d'anorexie mentale ne montrent généralement pas de trouble spécifique. On s'interroge sur un dysfonctionnement possible des **centres cérébraux de la faim et de la satiété**, une fois de plus sans pouvoir démêler les causes des conséquences.

✓ Faute de répondre au pourquoi, revenons, comme d'habitude, au comment, c'est-à-dire au **processus psychologique** qui sous-tend l'anorexie mentale. L'anorectique est en conflit avec son corps féminin dont elle refuse les changements pubertaires. Elle dénie sa maigreur et n'y voit que le maintien du corps d'enfant dont elle garde la nostalgie.

- On a parfois attribué ce **refus de la féminité** à un conflit avec la mère et à un refus de la sexualité féminine. Il ne faut pas généraliser, mais certaines anorectiques témoignent peu d'intérêt pour les relations sexuelles ou ne s'engagent dans ces relations que par conformisme, pour faire comme les autres.

- Certaines ont gardé **un attachement pathologique à leur père** avec lequel elles

maintiennent une relation dite incestuelle (pour bien marquer la différence avec une relation incestueuse agie).

- On note dans l'histoire de certaines anorexiques des **troubles précoces de l'alimentation** avec des dysfonctionnements des interactions mère-bébé.

Ces différents facteurs peuvent s'intriquer. Il faut éviter ici comme ailleurs les explications uniques et simplistes du genre moliéresque : « C'est pourquoi votre fille est muette. » Les hypothèses psychopathologiques ne sont que des hypothèses construites en collaboration avec la patiente et sa famille, afin de donner du sens aux symptômes et de les réinscrire dans un récit commun élaboré dans une démarche psychothérapique.

## *La boulimie*

### *Les symptômes*

La boulimie (d'un mot grec qui signifie « faim de bœuf ») évolue par **accès paroxystiques**, durant parfois plusieurs heures. Le sujet se sent poussé à dévorer n'importe quoi, immédiatement, parfois sans laisser dégeler les aliments sortis du congélateur, éventrant des boîtes de conserve. Cette compulsion n'est généralement pas accompagnée d'un sentiment de faim (contrairement à l'étymologie).

Ces accès sont généralement suivis de **honte** et de **dégoût de soi**. Ils aboutissent à des **vomissements**.

### *L'évolution*

Les crises de boulimie émaillent le plus souvent une **anorexie mentale**. Elles peuvent aussi apparaître **isolément** et n'entraînent généralement pas d'obésité. **L'obésité** apparaît plutôt à l'adolescence comme une conséquence d'une alimentation régulièrement excessive (hyperphagie) et de conduites de grignotage traduisant une anxiété.

### *La psychopathologie*

La boulimie comme l'hyperphagie sont liées souvent à un **sentiment angoissant de vide** intérieur à tonalité dépressive, justifiant un traitement antidépresseur et une psychothérapie associés à un traitement diététique. On tend aujourd'hui à considérer la boulimie et certaines formes d'anorexie mentale comme des **addictions** voisines d'un comportement toxicomane.

## *Les toxicomanies*

### *Le sens du mot*

Dérivé de deux mots grecs (encore), *toxicon* « le poison » et *mania* « la folie », le mot de *toxicomanie* désigne des conduites caractérisées par :

- ✓ l'**envie irréprouvable** d'une ou plusieurs drogues euphorisantes et/ou calmantes ;
- ✓ une tendance à augmenter les **doses** ;
- ✓ une **dépendance** psychologique et physique à l'usage de cette ou de ces drogues.

Ces conduites ont des **conséquences néfastes** sur la vie quotidienne, la santé et l'insertion sociale des sujets toxicomanes.

### ***La prise de substance toxique***

Injectée, inhalée ou avalée, la substance toxique est réputée déclencher trois phases successives :

- ✓ le **flash**, une explosion quasi orgastique ;
- ✓ la **planète**, un sentiment de bien-être autoérotique (un plaisir pris avec l'ensemble de son corps comme entouré d'un cocon protecteur) ;
- ✓ la **descente** ou retour à la réalité commune.

### ***Les consommateurs***

#### ***Les aspects psychologiques***

Aucun type particulier de personnalité ne prédispose aux toxicomanies, même si semblent dominer les personnalités à **tendance dépressive ou bipolaire**. On a parlé de *fragilité du Moi* (la partie de la personnalité dont la fonction est de s'adapter à la réalité et de réguler la vie pulsionnelle). On a évoqué aussi une **incapacité à prendre du plaisir avec sa vie fantasmatique**, avec son imagination, expliquant la recherche de satisfactions substitutives que ne donne plus le simple exercice de la vie mentale. Des **carences affectives précoces**, un défaut d'établissement d'une sécurité autoérotique dans les premières interactions du bébé avec son entourage ont, là aussi, été supposés. Aucune de ces hypothèses n'explique la totalité des cas.

### *Les aspects sociologiques*

Longtemps réservé en Occident aux intellectuels et aux artistes, mais aussi aux ouvriers anglais qui prenaient de l'opium pour supporter la fatigue des cadences de la révolution industrielle, l'usage des substances toxiques s'est étendu à l'ensemble de la société et touche plus particulièrement les adolescents depuis les années soixante. Les classes défavorisées sont surreprésentées, mais les toxicomanies se rencontrent dans toutes les classes sociales. On a parlé à leur propos de **sous-culture** pour désigner un ensemble d'attitudes, de coiffures, d'habits, de modes de vie et de musiques initié aux États-Unis par le mouvement hippy. On a évoqué aussi une **contre-culture** témoignant du malaise des adolescents dans une société de consommation dont les valeurs se dissolveraient et témoignant de la recherche d'une nouvelle culture fondée sur la quête du plaisir immédiat. Les adolescents toxicomanes attribuent eux-mêmes la découverte des substances principalement à la curiosité, à la pression du groupe, à la recherche d'évasion. Le rôle du marketing sous toutes ses formes explique sans doute en grande partie la diffusion des toxicomanies auprès des adolescents. Les substances toxiques sont aujourd'hui, comme on le sait, au centre d'une **économie florissante**.

### *Les aspects biologiques*

Si l'on connaît mieux les points d'impact dans le cerveau et le mode d'action des substances toxiques sur le fonctionnement cérébral ainsi que les facteurs d'une dépendance physique, l'**assuétude**, la question d'une éventuelle

prédisposition biologique à l'usage de drogues, reste encore très hypothétique. Le fait d'avoir consommé dans l'enfance des médicaments psychotropes (psychostimulants ou neuroleptiques) pourrait prédisposer à une toxicomanie de l'adolescence.

### ***L'évolution***

La notion d'*escalade* est considérée comme essentielle. Les sujets passent du haschisch à l'acide, le LSD – que nous connaissons déjà comme hallucinogène –, ils prennent ensuite des amphétamines et des barbituriques, en arrivent à l'héroïne dérivée de l'opium et, de plus en plus, à la cocaïne et aux différents mélanges qui inondent le marché.

Nombre de jeunes toxicomanes tombent victimes de **suicide** ou d'**overdose**. Certains se désocialisent et contractent des **maladies somatiques** graves liées à la sous-alimentation et à une mauvaise hygiène. L'épidémie de **sida** a considérablement assombri le pronostic des toxicomanies, particulièrement chez les jeunes. Certains, en particulier les surconsommateurs de haschisch et de LSD, peuvent décompenser une vulnérabilité sous-jacente et verser dans la **schizophrénie**.

Quand ils échappent à ces périls, un tiers à la moitié des adolescents toxicomanes (selon des statistiques difficiles à établir et toujours discutables) s'en « sortent » et abandonnent leur conduite à risque.

## ***Le traitement***

Longtemps, le **sevrage** a été mis au premier plan. Il pouvait et peut toujours être pratiqué en milieu institutionnel, préparé par une approche psychologique qui prend du temps, et exige la tolérance de possibles rechutes. Poursuivi par une posture de longue durée, il est assorti d'aides sociales et psychologiques utilisant tant l'approche individuelle que les groupes de parole où d'anciens toxicomanes peuvent jouer un rôle de *leader*.

L'épidémie de sida a changé la donne et amené à se préoccuper davantage d'éviter la **contamination** que de soigner la dépendance. La distribution de produits de substitution (méthadone), éventuellement de seringues propres, l'ouverture de lieux spécifiques pour pratiquer les injections en toute sécurité sont venues compléter l'arsenal thérapeutique. Ces nouvelles mesures sont aussi l'occasion de prises de contact sur un autre mode avec des sujets dépendants, pouvant ouvrir sur un traitement de fond.

## ***Les addictions***

On tend aujourd'hui à rassembler sous un même chapeau, les *addictions*, un certain nombre de conduites caractérisées par leur aspect incoercible, la dépendance qu'elles induisent. Les toxicomanes, les anorexiques, les boulimiques, mais aussi des *geeks* intoxiqués par Internet, des joueurs pathologiques, certains surconsommateurs

sexuels ou encore des acharnés du jogging ont de nombreux points communs.

## Chapitre 17

# La psychiatrie de la personne âgée

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Connaître les spécificités des troubles liés à l'âge
  - ▶ Comprendre le mécanisme, les causes et l'évolution de la maladie d'Alzheimer
- 

Le vieillissement de la population et l'augmentation de la durée de vie changent aujourd'hui le statut des personnes âgées. Plus nombreuses, dans une société urbanisée et repliée sur la famille nucléaire, mais aussi souvent et plus longtemps autonomes et en bonne santé, elles ont perdu la place traditionnelle de l'ancien, assis au soleil sur un banc ou reclus dans un fauteuil au coin du foyer. En particulier, lorsqu'elles sont seules dans la cité, les personnes âgées sont fragilisées et peuvent avoir recours à la psychiatrie à l'occasion de décompensations psychologiques ou d'affaiblissements intellectuels. Du fait du nombre des personnes âgées, des problèmes particuliers liés à l'âge intriquant médecine somatique, problèmes neurologiques et problèmes psychiatriques, une sous-spécialité s'est constituée : la

*gérontopsychiatrie*. Ses praticiens travaillent en collaboration étroite avec des neurologues et des gériatres.

## ***Les décompensations psychologiques liées à l'âge***

Ce n'est pas drôle de vieillir. La vieillesse s'accompagne de **pertes** multiples :

- ✓ des pertes que la psychanalyse qualifie d'**objectales** : pertes des objets d'affection ou d'amour (des personnes chères, des activités importantes), des objectifs qui perdent de leur sens et ne trouveront plus leur accomplissement ;
- ✓ des pertes sur le **plan narcissique** : une détérioration de l'image de soi qui est écornée par une perte de capacités intellectuelles, d'attrait et d'autonomie physique et affective, de puissance sexuelle.

Ces pertes font le lit de la dépression qui peut conduire au suicide. Elles se manifestent aussi sous un masque délirant ou par des troubles du caractère et du comportement à l'origine de crises familiales.

## ***Les formes de dépression liées à l'âge***

### ***La dépression simple***

C'est la plus fréquente. La personne perd de son allant, a souvent des troubles du sommeil, hésite à entreprendre une activité nouvelle, s'enferme dans une humeur triste qui contraste avec son état

habituel. Elle peut se montrer distante, moins affectueuse et se sent moins intéressée par ses proches. Le caractère parfois devient querelleur, revendicatif. Les antidépresseurs en traitement prolongé pendant plusieurs mois méritent d'être associés à un suivi psychothérapique soit spécialisé soit exercé par le médecin traitant habituel en qui la personne âgée a confiance. Éventuellement des changements dans l'attitude de l'entourage, si besoin soutenu par des services d'aide à la personne, contribuent à traiter les sentiments d'échec et de solitude.

### ***L'accès mélancolique***

Il surprend chez une personne qui n'était pas bipolaire et qui soudain associe à une tristesse, à une douleur morale intense, des idées de culpabilité, de ruine, parfois avec une teinte délirante. C'est une indication d'électrochocs sous anesthésie, si l'état général le permet et après un bilan somatique soigneux.

### ***La confusion mentale***

Perdant ses repères dans le temps et dans l'espace, paraissant ailleurs, ne reconnaissant plus ou mal ses proches, tenant des propos incohérents, la personne confuse doit évidemment être examinée avec soin pour éliminer un accident vasculaire, une infection, un début de processus démentiel. Cependant, chez la personne âgée, la dépression peut prendre cette forme et la confusion s'améliorer avec un traitement antidépresseur.

## ***Le suicide chez la personne âgée***

Il n'est pas rare. Il peut survenir au terme d'un état dépressif, mais être aussi commis en dehors d'une dépression, voire en toute lucidité, traduisant un choix personnel, ce qui pose la question éthique, aujourd'hui d'actualité, du **suicide assisté**. Il est admis par la législation suisse (à condition que l'assistance soit purement altruiste) et, sous certaines conditions restrictives, par quelques États américains et par les Pays-Bas.



## Des suicidés célèbres

Il ne manque pas de personnes célèbres qui, atteignant un certain âge, ont décidé de mettre fin à leurs jours après une vie bien remplie : Henry de Montherlant, Romain Gary, Ernest Hemingway, Bruno Bettelheim. Ernest Hemingway appartenait à une famille où les suicides étaient nombreux. Il aurait souffert de troubles bipolaires et avait été hospitalisé en clinique peu avant son suicide. Il supportait mal d'être devenu impuissant avec l'âge. Henry de Montherlant était devenu aveugle, Bruno Bettelheim hémiplégique. Romain Gary semble avoir toujours été habité par la décision de ne pas vieillir, considérant la vieillesse comme une catastrophe. On peut toujours trouver des explications à un acte qui engage le sujet dans un dernier dialogue avec lui-même, mais dont il faut peut-être respecter l'ultime mystère... ce qui n'est pas toujours

facile pour les proches ou pour les admirateurs des célébrités.

## *Les états délirants chroniques*

Chez des sujets qui n'avaient jusque-là jamais déliré, la survenue d'un délire à teinte paranoïaque, généralement centré sur des idées de préjudice (vols, moqueries), accompagné parfois d'**hallucinations auditives ou visuelles** ou de simples illusions (**fausses reconnaissances**), traduit le plus souvent un affaiblissement intellectuel. Il peut survenir toutefois en dehors d'une démence débutante. On invoque alors l'effet de la solitude ou d'une perte de statut social plus élevé, donc un contexte dépressif, chez une personne à tendances paranoïaques antérieures plus ou moins bien compensées.

## *Les troubles du caractère et du comportement*

Là encore ils peuvent annoncer un début de démence, mais aussi représenter l'**aggravation de traits de caractère** antérieurs par une perte de souplesse, une rigidification de la personne qui devient plus autoritaire, plus irritable, plus obsessionnelle que par le passé. Cette caricature de ce qu'elle a été retentit sur l'entourage et ravive, notamment chez les enfants, de vieilles rancunes qu'on aurait pu croire éteintes. À l'inverse, un **changement total d'attitude**, la perte d'une certaine réserve, le lâchage de vanes, chez une personne jusque-là conformiste et qui veut profiter de ses derniers jours et réaliser ce

qu'elle n'a pu faire jusqu'ici, peuvent choquer l'entourage et entraîner des réactions et une demande de traitement, de placement ou des mesures de tutelle.



## Un vieux film

Vous qui alliez déjà au cinéma en 1965, pensez au beau film *La Vieille dame indigne* de René Allio avec l'immortelle Sylvie. Pour les plus jeunes : il est devenu introuvable. Peut-être sur Internet ou en ciné-club ?

### *Les crises familiales*

Il faut retenir de cette énumération que la vieillesse n'est pas toujours sereine. Elle peut être l'occasion de **querelles de famille** qui nécessitent parfois une intervention psychologique tierce, voire une authentique thérapie familiale où des comptes anciens trouvent à se régler. La gérontopsychiatrie a en commun avec la pédopsychiatrie et la psychiatrie de l'adolescent une attention particulière pour le contexte familial, à la fois troublé par les difficultés des patients et collaborateur indispensable pour tenter de les résoudre.

### *Les démences*

On appelait cela « retomber en enfance ». Il existe parfois effectivement chez la personne âgée un certain degré de **régression affective**, avec des exigences, une intolérance à la frustration voire des caprices qui font parler de *puénilisme* (de *puer*, « l'enfant » – pour une fois c'est du latin). Cependant le spectre qui hante le vieillard et sa famille est celui d'un **affaiblissement intellectuel**, d'une atteinte des capacités cognitives (la mémoire, le raisonnement, la capacité à organiser et à réguler l'action). On désigne ces troubles d'un mot qui fait peur et qu'il ne faut pas confondre avec celui de folie : la *démence*. La plus fréquente est la **maladie d'Alzheimer**, mais il existe d'autres démences.

### *La maladie d'Alzheimer*



## **La déveine d'Aloysius Alzheimer**

Aloysius Alzheimer (1864-1915) n'a pas eu de chance. Médecin à l'hôpital psychiatrique de Francfort, il a longuement examiné une dame de cinquante et un ans, Auguste Deter (eh oui, Auguste était une femme !), qui perdait la mémoire et les mots. Il a suivi pendant cinq années sa déchéance progressive et l'a autopsiée à sa mort, décrivant des lésions cérébrales diffuses typiques qui sont encore celles caractéristiques de sa maladie. Sa

publication, prise comme une curiosité, n'a alors pas intéressé grand monde. Emil Kraepelin, le grand maître de la psychiatrie de l'époque, a proposé de donner son nom à une maladie que pendant presque un siècle on a considérée comme une maladie très rare, une « démence présénile », distincte de la démence des vieux (la « démence sénile », comme on disait alors). Ce n'est que dans les années quatre-vingts qu'on a découvert que la soi-disant démence sénile était en fait une maladie d'Alzheimer, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait. Du coup tout le monde aujourd'hui connaît son nom (sauf peut-être les personnes atteintes par cette maladie, qui finissent par l'oublier).

Ce sont les neurologues qui font aujourd'hui le diagnostic, mais les gériopsychiatres participent à son traitement et à la prise en charge au long cours des patients.

### *Les symptômes*

- ✓ Le principal est la **perte de mémoire**. C'est d'abord l'incapacité à retenir des informations nouvelles, puis une atteinte progressive de la mémoire **épisodique** (la capacité à raconter des épisodes de sa vie, à évoquer leur chronologie) et de la mémoire **sémantique** (les noms de personnes ou d'objets connus). La mémoire **procédurale** (les habitudes, les apprentissages moteurs) est plus longtemps conservée.
- ✓ Peu à peu apparaissent d'autres déficits :
  - les **troubles phasiques** (une restriction du nombre de mots disponibles allant jusqu'à la

disparition complète du langage) ;

- les **troubles praxiques** (perte de certains gestes habituels comme ceux nécessaires pour s'habiller, pour faire sa toilette) ;
- les **troubles gnosiques** (défaut de reconnaissance visuelle de certains objets, des personnes connues).

✓ Il s'y ajoute un **trouble des fonctions exécutives**, de la capacité à planifier et à organiser une action en sélectionnant les comportements adaptés et en inhibant des comportements inadéquats. Les patients peuvent se négliger physiquement, faire des achats inconsidérés, oublier les bons usages en société.

✓ Progressivement les malades perdent leur **autonomie**, deviennent grabataires, mutiques et incontinents (c'est le vrai sens du mot *gâteux* qui vient du vieux français *gaster*, « répandre un liquide » et, par extension, « se souiller »). Ils peuvent présenter des **signes neurologiques** : raideur, réduction des mouvements spontanés.

### ***L'évolution***

Le début est **insidieux** par de petits signes de changement dans le comportement et dans l'humeur et dans la remémoration des faits immédiats (« où ai-je mis mes clés ? », ce qui peut arriver à tout le monde, mais s'intensifie ici de manière inquiétante). S'il existe exceptionnellement des atteintes de sujets encore jeunes ou autour de la cinquantaine, les premiers signes apparaissent habituellement après soixante-dix ans. Il est souvent difficile de distinguer initialement une maladie d'Alzheimer des troubles de l'attention et de l'humeur dus à un état dépressif. Conscientes parfois de certaines de

leurs premières incapacités, les personnes peuvent chercher à dissimuler leurs difficultés en multipliant des récits d'événements anciens (plus faciles à évoquer que les événements récents). On les accuse alors de radoter. Il arrive que les premières atteintes de la mémoire entraînent des confusions. Les malades croient qu'on les vole et peuvent développer un véritable délire avec une désorientation dans le temps et l'espace.

L'évolution se fait ensuite **très progressivement** pendant plusieurs années, dix ou quinze ans si la maladie a débuté vers soixante-dix ans.

### ***Les lésions***

Les lésions anatomiques sont caractéristiques, ce sont des dépôts d'une substance particulière dite ***amyloïde*** sur l'ensemble du cortex cérébral avec la mort de cellules nerveuses entraînant une atrophie cérébrale.

Aujourd'hui, l'imagerie médicale moderne (l'IRM) permet de visualiser cette atrophie.

### ***La fréquence : tous des Alzheimer ?***

La fréquence s'accroît considérablement avec l'âge. Entre soixante et soixante-neuf ans chaque année une personne sur mille commence une maladie d'Alzheimer, après quatre-vingts ans c'est plus d'une personne sur cent. Dès lors, en prolongeant les courbes, on a pu prétendre que, si la durée de vie habituelle atteignait cent vingt ans, la quasi-totalité de l'humanité serait atteinte. D'où

la théorie selon laquelle les plaques amyloïdes dites encore *plaques séniles* ne seraient qu'un effet de l'usure normale du cerveau. D'autres arguments, en particulier l'existence probable d'une **prédisposition familiale**, laissent penser que nous ne sommes pas tous égaux devant ce risque d'usure (qui n'a cependant rien à voir avec une éventuelle fatigue cérébrale !).

## Remarque en passant

Rassurez-vous, si la lecture de ce livre par moments vous fatigue, elle n'augmente pas votre risque de faire une maladie d'Alzheimer.

Au contraire, il semble que l'entretien de la mémoire, la stimulation par des expériences nouvelles, permettent d'augmenter ce qu'on appelle la *réserve cognitive*, un ensemble de circuits neuronaux en bon état qui diminuerait les risques.

### *Le traitement*

Malgré de nombreuses recherches, on ne possède pas encore de médicament susceptible de guérir une maladie d'Alzheimer. Certains médicaments semblent ralentir le processus. D'autres ont un effet purement symptomatique sur les troubles qui accompagnent les débuts : l'anxiété, la dépression, l'agitation. Les antiépileptiques sont employés lorsqu'apparaissent des crises d'épilepsie.

### *Les autres démences*

Elles correspondent quelquefois à d'autres lésions localisées (une tumeur) ou diffuses. Une **maladie des artères** avec défaut d'irrigation sanguine peut entraîner un processus démentiel, qui vient aussi conclure l'évolution d'une redoutable maladie héréditaire caractérisée par des mouvements anormaux : la **chorée de Huntington**. **L'alcoolisme chronique** est aussi responsable d'une carence en vitamines susceptible de déterminer des lésions cérébrales responsables de démence.

### *La place de la psychiatrie*

Encore une fois les démences sont des maladies neurologiques. Les services de gérontopsychiatrie accueillent toutefois un certain nombre de malades déments, surtout en début d'évolution, pour traiter les syndromes dépressifs ou anxieux voire les états délirants ou confusionnels qui peuvent marquer l'entrée dans la maladie ou l'accompagner. Le psychiatre collabore ensuite avec les services de maintien à domicile, avec les maisons de retraite et avec les institutions médico-sociales (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)) pour apporter une aide psychologique à la famille et aux professionnels soumis à rude épreuve.

## Chapitre 18

# Les délinquants, les criminels et la psychiatrie

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Mesurer la place de la psychiatrie dans les tribunaux et l'importance de l'expertise pénale
  - ▶ Comprendre la généalogie de la criminologie clinique et ses apports
- 

Dès ses débuts, la psychiatrie a pris une place importante dans les tribunaux. Le Code pénal de Napoléon a accordé l'**irresponsabilité** à toute personne ayant commis un crime ou un délit **en état de démence** (le terme avait alors un sens beaucoup plus général que celui que nous venons de lui donner au chapitre précédent). Avec des mots plus modernes, la législation actuelle a repris cette disposition en invoquant les **troubles psychiques ou neuropsychiques ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes**. Elle reconnaît aussi une **atténuation de la responsabilité** en cas d'altération du discernement et d'entrave au contrôle des actes. **L'expertise pénale** qui évalue cette abolition, cette altération ou cette entrave est donc une fonction importante de la psychiatrie. Cependant,

la frontière entre délinquant ou criminel sain d'esprit et délinquant ou criminel malade mental est rarement tranchée. Responsable ou partiellement responsable, le délinquant ou le criminel peut avoir besoin de soins psychiatriques. D'où le développement d'une **criminologie clinique**.

## *L'expertise pénale*

### *La question du diagnostic*

Le juge demande au psychiatre son **avis** sur l'état mental de l'auteur du crime ou du délit au moment où celui-ci a été commis. Il lui demande aussi si l'acte transgressif lui paraît ou non la conséquence directe de la pathologie éventuelle.



### **Fou mais responsable**

Un malade mental, même gravement atteint, n'a pas forcément perdu à tout moment et totalement la maîtrise de ses actes. Il conserve toujours plus ou moins une « partie saine » et connaît des moments de rémission de son délire. D'autre part, même en plein délire, il peut commettre un vol utilitaire pour améliorer son ordinaire. Pour échapper à la sanction il faut que l'acte s'intègre dans le délire, que par exemple il ait été commis sous l'influence d'une voix. Ce

n'est pas toujours facile à déterminer. Tout un courant de la psychiatrie a pensé par ailleurs qu'il était important de responsabiliser les malades mentaux pour renforcer leur partie saine. La sanction peut avoir un effet thérapeutique. Et puis il y a les victimes qui réclament la sanction du coupable comme une réparation personnelle.

En dernier ressort, c'est le tribunal qui décide. En dehors des cas, relativement peu fréquents mais très médiatisés, de maladie mentale authentifiée selon les critères des nomenclatures internationales (schizophrénie, trouble bipolaire, paranoïa), le discernement et le contrôle doivent être appréciés au cas par cas, en tenant compte des facteurs d'environnement et sans pouvoir éliminer la subjectivité de l'**expert**. D'où le recours habituel à plusieurs experts, ce qui ouvre le champ aux batailles d'experts, de contre-experts et de surexperts qui font les délices de la presse dans les grands procès. Le nombre de **non-lieux** pour raisons psychiatriques est stable, autour de 5 % de l'ensemble des non-lieux et moins de 0, 5 % des verdicts prononcés.

### ***L'atténuation de responsabilité***

Acceptée depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle et inscrite dans la dernière version du Code pénal, elle est beaucoup plus souvent reconnue par les experts. Paradoxalement, alors que logiquement elle devrait conduire à une atténuation de la sanction, les jurys des cours d'assises ont **tendance à majorer la peine** lorsqu'un trouble psychique est diagnostiqué. Le juge interroge l'expert sur l'accessibilité du prévenu à la sanction et peut

utiliser un **examen médico-psychologique de personnalité** pour adapter la sanction.



## La peur du fou

La peur du fou est ancrée dans la condition humaine. Elle peut contribuer à la diffusion de croyances qui persistent envers et contre tout. Ainsi de nombreuses études ont montré que les malades mentaux, dans leur ensemble, ne commettaient pas plus de crimes ou de délits (plutôt moins) que les individus censés être normaux. Il n'empêche, la maladie mentale est associée à la dangerosité. Les jurys ont donc tendance à prononcer une peine d'emprisonnement plus longue lorsque l'expert diagnostique un trouble mental, pensant mettre ainsi plus longtemps la société à l'abri.

### *L'appréciation de la dangerosité*

La sécurité (le risque zéro) est devenue une exigence de plus en plus forte de la société en même temps que croissait un **sentiment d'insécurité** qui semble peu influencé par la pacification des mœurs.



## L'homicide se raréfie

« La période contemporaine est assurément l'une des moins meurtrières depuis le début du XIX<sup>e</sup> siècle, comme le suggère la statistique juridique disponible depuis 1825 » a écrit le sociologue Laurent Mucchielli. Et pourtant l'obsession sécuritaire ne fait que croître. Un paradoxe ! Vous savez bien qu'il n'y a plus de bandits de grands chemins et que vous courez beaucoup moins de risques qu'il y a deux siècles de vous faire estourbir au coin d'une rue.

On demande donc au psychiatre de mesurer le degré de dangerosité d'un criminel afin d'éclairer le juge et de prévenir les récidives. Deux écoles ici s'affrontent :

- Une **tradition humaniste** conseille d'éviter de figer la personne dans des traits de personnalité généralisables et immuables. Elle invite à se centrer sur les situations individuelles. Elle tient la violence pour l'effet de mouvements complexes indissociables du contexte dans lequel elle émerge et qu'on ne peut réduire à une prédisposition.
- Une approche, surtout nord-américaine, s'inspire de l'**étude des risques** pratiquée par les compagnies d'assurances pour calculer leurs primes. Elle affirme pouvoir faire un pronostic à partir de tests de personnalité et de critères purement comportementaux validés statistiquement sur une population et qui ne prennent pas en compte l'immense variété des individus et des situations où un crime peut être commis.



## L'actuaire et le crime

Le calcul des probabilités montre qu'en fonction de mon âge, du nombre d'accidents dans lesquels j'ai été impliqué, de mon activité professionnelle, du nombre de kilomètres que je parcours par an, j'ai tant de chances cette année d'avoir ou de ne pas avoir un accident de voiture. Des spécialistes ont des modèles pour établir ma prime au bénéfice de mon assureur. Ils s'appellent les *actuaire*s. On a voulu leur ouvrir un nouveau champ avec le calcul de la dangerosité criminelle. Les conséquences ne sont pas les mêmes. Peut-on apprécier de la même manière un malus ou un bonus financier et des années d'enfermement ? Oui, si l'on a pour seul objectif la protection de la société. Non, si l'on pense aux individus en cause.

### *Que faire des sujets dangereux ?*

Certains pays comme la Belgique ou le Canada ont choisi, face à l'état dit dangereux, de créer des **institutions de défense sociale**, intermédiaires entre l'hôpital et la prison, où le sujet peut être maintenu pour un temps indéterminé, parfois à vie. La France, qui hésitait jusque-là à condamner quelqu'un pour un acte qu'il pouvait commettre mais qu'il n'avait pas encore commis, a choisi

d'instituer récemment une *rétenion de sûreté* qui s'ajoute à la peine. Cette peine indéterminée complémentaire devra s'exécuter dans des **centres médico-socio-judiciaires de sûreté** encore inexistants. Elle interviendra seulement pour des condamnés à plus de quinze ans de prison et sans rétroactivité de la loi (c'est-à-dire que la loi ne pourra s'appliquer que quinze ans après la date de sa promulgation le 25 février 2008). Ce régime reste très contesté par des juristes et une partie de l'opinion.

## *La criminologie clinique*

### *Du criminel-né au chromosome du crime*

Tout un courant de la psychiatrie du XIX<sup>e</sup> siècle a voulu considérer les criminels comme des malades mentaux qu'il fallait soigner plutôt que punir. Il a déjà ici été question de Cesare Lombroso et de sa célèbre théorie du criminel-né, qui a connu une renaissance avec la soi-disant découverte d'un chromosome du crime ! Encore aujourd'hui des neurophysiologistes recherchent chez des sujets particulièrement violents un **défaut de fonctionnement de circuits cérébraux** impliqués dans l'empathie, défaut qui serait à l'origine d'une indifférence à la souffrance de la victime.



**XYY**

Les femmes ont deux chromosomes X, les hommes un seul, l'autre étant remplacé par un chromosome Y. Un homme sur mille aurait deux chromosomes Y. Généralement il ne le sait pas et ne le saura jamais car cette anomalie n'entraîne aucun trouble significatif. C'est seulement à l'occasion d'un examen chromosomique fait pour une autre raison qu'on la découvre. Quelques esprits farfelus ont prétendu que les XYY étaient des criminels en puissance. Les séries télévisées américaines et le film *Alien 3* se sont saisis de cette hypothèse sans fondement scientifique. Ce n'est que du cinéma.

### *Une perspective phénoménologique*

Rassemblant des psychiatres, des médecins légistes, des psychologues, des sociologues, des juristes, la **criminologie clinique**, qui s'est développée dans la deuxième moitié du siècle dernier à partir de travaux pionniers comme ceux du Belge Étienne de Greeff, tente de dépasser ce point de vue déterministe. Tout en essayant de préciser la personnalité du délinquant ou du criminel et les ressorts du passage à l'acte, elle cherche à comprendre la manière dont ce passage à l'acte a été vécu par le délinquant ou le criminel ainsi que les facteurs d'histoire personnelle et d'environnement social qui ont pu le favoriser. Elle étudie aussi la personnalité de la victime et le retentissement sur elle de l'acte criminel. Elle a reçu l'appui d'un certain nombre de travaux psychanalytiques sur la criminogénèse. À côté de la fonction d'intimidation de la sanction – « la peur du gendarme », ce qu'on appelle

**l'exemplarité de la peine** – pour maintenir l'ordre social, à côté de la **mise à l'écart** plus ou moins prolongée ou de la surveillance des sujets dangereux, elle s'intéresse, dans une perspective de réhabilitation et de prévention de la récidive, au **traitement** du délinquant.

### *Les pathologies mentales en prison*

Un premier point d'importance : 55 % des personnes en détention souffriraient de troubles psychiques et on compterait en prison jusqu'à 8 % de pathologies psychotiques avérées. Le nombre de suicides ne fait qu'y croître. On invoque plusieurs facteurs pour expliquer ces chiffres :

- ✓ une **restriction des lits psychiatriques** et l'augmentation consécutive de malades errants, en difficulté sociale et donc poussés vers la délinquance ;
- ✓ une doctrine qui vise à **responsabiliser** davantage les malades mentaux, donc à les incarcérer quand ils commettent crimes ou délits ;
- ✓ les conditions de plus en plus difficiles de la vie carcérale du fait de la **surpopulation des établissements pénitentiaires**.

Une **psychiatrie pénitentiaire** apporte désormais des soins aux détenus pendant l'exécution de leur peine. Elle dispose d'établissements au sein même des prisons (les services médico-psychologiques régionaux (SMPR)), des services de suite dans la cité et des services de psychiatrie pénitentiaire dans quelques hôpitaux pour les cas les plus graves. Elle utilise les ressources de la psychiatrie – psychothérapies individuelles et de groupe, médicaments, sociothérapie – adaptées à une situation particulière, celle du condamné détenu

ou soumis à un suivi judiciaire et éventuellement à une peine de substitution. Dans les établissements pénitentiaires comme dans les services de suite, les soignants sont amenés à collaborer avec les magistrats, avec le personnel de surveillance qui reçoit une formation spécialisée ainsi qu'avec les agents de probation qui surveillent le *sursis avec mise à l'épreuve* et la nouvelle *contrainte pénale*.

### ***De la prison à l'hôpital et retour : les psychopathes***

Un certain nombre d'individus ont toujours posé problème aussi bien à la justice et à l'administration pénitentiaire qu'à la psychiatrie. Après les avoir mélangés à d'autres en les qualifiant de « manie sans délire », de « manie instinctive », de « folie morale », on les a rassemblés dans des types de troubles particuliers de la personnalité : les **psychopathies**. Les psychopathes n'ont jamais eu bonne presse chez les psychiatres qui ont le plus souvent essuyé des **échecs** avec eux, après avoir été un temps séduits par leurs manœuvres pour se faire plaindre et se faire aimer. Le DSM les a affublés d'une nouvelle étiquette : **personnalité antisociale**. Malgré un meilleur équipement psychiatrique pénitentiaire, ils continuent à faire l'objet d'une partie de ping-pong entre l'hôpital psychiatrique et la prison, qui se les renvoient en estimant qu'ici comme ailleurs ils ne sont pas à leur place.

### **Les critères**

Comme toujours dans la psychiatrie contemporaine influencée par les modes anglo-

saxonnes, on a établi des échelles et des listes de critères pour les diagnostiquer :

- ✓ impulsivité avec facilité du passage à l'acte ;
- ✓ instabilité affective ;
- ✓ tendances antisociales, ignorance des règles, mépris de la loi ;
- ✓ agressivité ;
- ✓ contact superficiel séducteur ;
- ✓ égocentrisme ;
- ✓ manipulation des autres utilisés comme des objets de jouissance ;
- ✓ besoin de réaliser immédiatement les désirs et intolérance à la frustration ;
- ✓ sexualité débridée avec des partenaires multiples et épisodiques ;
- ✓ appétence pour les substances toxiques interdites et pour l'alcool.

La connotation souvent morale et purement comportementale de ces critères montre à l'évidence que les psychopathes ne suscitent pas beaucoup de sympathie et encore moins d'empathie. On va pourtant tenter de les comprendre, sans pour autant justifier leurs comportements souvent inacceptables socialement et moralement.

### **Un essai de compréhension**

Ils ont souvent une **histoire particulière** que le psychanalyste anglais Donald Woods Winnicott avait caractérisée en parlant déjà de **tendance antisociale**.

- ✓ Appartenant dans leur grande majorité (mais pas uniquement) à des **milieux** socialement, économiquement et culturellement **défavorisés**, ils sont dans la majorité des cas issus de familles

désorganisées : mère isolée, père absent ou inconnu, enfant parfois victime de sévices et précocement placé en institution ou élevé sans continuité dans une série de placements en familles d'accueil.

➤ Sur le plan psychologique, la **mère**, quand ils en ont eu une, ou des substituts maternels ont souvent tenté de réparer une situation initiale de détresse par un comportement surgratifiant, demandant beaucoup de présence, de disponibilité et de moyens qui n'ont pu être longtemps maintenus. À l'inverse des carences affectives précoces dont on a parlé plus haut, le futur psychopathe a connu une première enfance heureuse. La carence ici n'a été que seconde. L'enfant puis l'adolescent ou l'adulte cherchent alors inlassablement à reconquérir un **paradis perdu**, probablement largement mythique comme tous les paradis perdus, mais dont il garde la nostalgie. D'où la répétition d'une séquence de comportements jadis bien décrite par la psychiatre suisse Germaine Guex sous le nom de ***névrose d'abandon*** :

- séduction et création d'une relation idéale avec une image maternelle ;
- frustration inévitable, déception ;
- agressivité.

➤ Le **père**, quand il était là, était souvent dévalorisé par la mère, par ses échecs sociaux, son alcoolisme et, de toute manière, se montrait incapable d'incarner aux yeux de l'enfant des règles de vie et de représenter un modèle d'identification cohérent. D'où aussi la recherche répétée de la **confrontation avec des représentants d'une autorité**, comme si le psychopathe voulait continuellement susciter devant lui ou autour de lui l'instance

limitante qui lui a manqué et persiste à lui manquer.

### **L'évolution**

Les psychopathes meurent parfois de façon prématurée par **suicide** dans un moment dépressif, par **overdose** ou dans un **accident** lors d'une prise de risque inconsidérée.

Quand ils survivent aux aléas de leur existence tumultueuse, il arrive qu'ils **se stabilisent** dans la deuxième période de la vie. On leur a proposé divers **traitements psychothérapeutiques** pour redonner sens à leur existence et apprendre à temporiser la réalisation de leurs désirs. Les **traitements psychotropes** soit ne sont pas observés, soit dégénèrent en addictions. De toute manière, ils n'ont une efficacité que symptomatique.

### *Les agresseurs sexuels*

Il peut y avoir des psychopathes parmi les agresseurs sexuels, mais la personnalité des délinquants et criminels du sexe ne se limite pas à la personnalité antisociale. Certains sont très normalement adaptés socialement. Ils sont très majoritairement des **hommes**, mais des femmes peuvent être aussi l'auteur ou les complices de crimes ou de délits sexuels (une femme pour cent trente hommes). On les désignait autrefois sous le nom de « **pervers** ».



## Perversion et perversité

Le verbe *pervertir* signifie « détourner ». La perversion désigne un détournement pathologique des conduites par rapport aux normes d'une société. C'est un concept clinique et non moral. Sigmund Freud a considéré, comme on l'a dit, que la perversion était l'avertissement de la névrose, qu'elle représentait une fixation ou une régression de la sexualité vers un stade dépassé du développement où l'enfant échappait encore à ce qu'il a appelé *le primat du génital*, c'est-à-dire la fusion des recherches préliminaires de satisfaction sexuelle dans l'acmé de l'acte sexuel « normal ». Le pervers agit envers ce contre quoi le névrosé se défend. Il souffre d'un déni de la différence des sexes (l'autre comme différent de moi). *Perversité* est un terme à forte connotation morale qui désigne une tendance à faire du mal pour le plaisir de nuire à autrui. Un sujet atteint de perversion n'est pas forcément suspect de perversité. La question de savoir si la perversité peut s'épanouir sans perversion est plus discutable, certains pensant qu'on ne peut être totalement méchant qu'au prix d'un détournement pathologique d'une violence fondamentale chez l'être humain. L'acte pervers serait alors un moyen utilisé par le sujet pour éviter la folie en ayant recours à ce que d'aucuns ont qualifié de *perversion narcissique*, un terme qui devient à la mode et qui désigne un asservissement d'autrui aux

seuls désirs et plaisirs du sujet pervers,  
un déni de son altérité.

Le mot ayant une connotation morale prononcée, on lui a préféré dans le DSM celui de **paraphilie** (du grec *para*, « à côté », et *philein*, « aimer »). Moins pédante, la classification internationale de l'Organisation mondiale de la santé (CIM) utilise le synonyme **trouble de la préférence sexuelle**. On gardera ici la dénomination pénale plutôt que psychiatrique.

L'atteinte et l'agression sexuelles sont des actes qualifiés par la loi selon leur gravité de *délictuel* ou de *criminel*. Elles correspondent à des motivations, à des troubles, à des types de personnalité très variés, mais n'entrent qu'exceptionnellement dans le cadre des troubles psychiques ou neuropsychiques abolissant le discernement ou le contrôle des actes. La **réponse psychiatrique** fait partie intégrante de la réponse sociale aux crimes et délits de nature sexuelle. Elle peut être de deux ordres : psychothérapique et médicamenteuse.



## L'œil de la justice

Le DSM distingue les voyeurs, les exhibitionnistes, les frotteurs, les masochistes, les sadiques, les fétichistes, les pédophiles et les travestis. La loi ne connaît que les *délits d'attentat à la pudeur*, devenu atteinte sexuelle, quand ils sont exécutés sans violence et les

*crimes d'agressions sexuelles*, quand s'y ajoute une dimension de violence, de menace ou de surprise. Les termes de *pédophilie* et d'*inceste* n'apparaissent pas dans le Code pénal français. L'inceste n'est pas poursuivi entre majeurs consentants. Cependant, la position d'autorité du déviant sexuel devant un mineur est une circonstance aggravante qui criminalise un délit. Le viol est un crime dans toutes les circonstances. En France, depuis la Révolution française, l'homosexualité, punie de mort sous l'Ancien Régime, n'est plus punissable entre adultes consentants. La monarchie de Juillet et le Second Empire ont toutefois établi un « registre des pédérastes » dans le cadre de la lutte contre la prostitution. Ce fichage policier spécifique a persisté jusqu'en 1981. Le régime de Vichy a rétabli une discrimination des homosexuels. Si les rapports sexuels entre un adulte et un mineur consentant de l'autre sexe étaient autorisés à partir de quinze ans, tout rapport entre un adulte et un mineur légal même consentant mais de même sexe était proscrit jusqu'à l'abolition de cette clause en 1982.

### **La psychothérapie des agresseurs sexuels**

Commencée en prison lorsqu'il y a incarcération, la psychothérapie est prolongée sur **injonction de soins** par le juge. Cette obligation peut tenir lieu de peine substitutive dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, elle peut être suspendue par le juge et remplacée par une incarcération si le condamné ne s'y conforme pas. **L'accord de**

**l'intéressé** est requis pour que s'engage un traitement psychothérapeutique. On peut donc considérer que le délinquant ou le criminel est ici soumis à un véritable chantage. Celui-ci s'avère pourtant productif dans un certain nombre de cas après un travail qui a pour but principal d'éveiller une demande de soins.

Le patient sait que son thérapeute est en relation avec le juge et doit prévenir la justice s'il apprend une récidive. Dans ces conditions, il ne s'agit évidemment pas d'envisager la thérapie comme une psychanalyse. Il s'agit plutôt d'une **thérapie de soutien**, à dimension parfois éducative, où le thérapeute, sans justifier l'acte qui a inauguré le soin, cherche à aider le sujet à donner du sens à sa transgression, à mieux détecter en lui l'émergence de la violence ou de la pulsion déviante, à développer une sollicitude pour la victime. Certains patients découvrent alors que le passage à l'acte violent s'inscrivait dans une angoisse massive, une peur de devenir fou. À travers la thérapie, dans les cas heureux, le sujet retrouve une certaine estime de lui-même et apprend à vivre avec les fantasmes qui l'habitent sans forcément les réaliser. Des méthodes comme les thérapies de groupe d'agresseurs sexuels ou le psychodrame contribuent à ce travail qui peut s'appuyer aussi sur des médiations artistiques (art-thérapie) ou sur des thérapies corporelles (relaxation).

### **Les médicaments**

Les **antiandrogènes** sont des médicaments qui neutralisent les hormones mâles et réalisent une castration chimique réversible. C'est évidemment un traitement purement symptomatique. Ce traitement a l'avantage de faciliter la lutte du sujet

contre ses pulsions, sans toutefois une efficacité totale : il existe des récurrences sous médicaments (comme après castration dans les pays où elle est autorisée). Les médicaments ont l'inconvénient de placer le sujet dans une situation purement passive, sans faire référence à sa responsabilité.

La psychiatrie a de manière générale une fonction double de protection de l'ordre social et de souci de l'individu aliéné. Ici la société dans une certaine mesure est protégée, mais quid de l'individu ? C'est pourquoi le traitement médicamenteux – qui nécessite l'accord et une information claire du patient, comme tout traitement médicamenteux en droit français – doit toujours être associé à un **travail psychothérapeutique**.

### **Les résultats**

Contrairement à ce qu'on croit habituellement, l'ensemble des mesures socio-judiciaires, psychothérapeutiques et parfois médicamenteuses a une **efficacité** qui dépasse de loin celle de nombreux traitements médicaux. Les statistiques sont difficiles à établir : bien des récurrences restent inconnues. Celles dont on dispose affirment la rareté de la **récurrence** en cas d'inceste (moins de 5 %), 15 à 20 % de récurrences en cas de pédophilie, 10 % en cas de viol. C'est encore beaucoup, mais beaucoup moins que ce qu'on imagine et beaucoup moins que la rechute de n'importe quelle maladie ou d'autres conduites socialement dangereuses comme les accidents d'automobile. Un seul cas dûment médiatisé suffit malheureusement à enflammer l'opinion publique et à remettre en cause à ses yeux le système tout entier.

## *Les mineurs*

Parfois victimes, les mineurs sont aussi auteurs de délits, plus rarement de crimes. L'ordonnance de 1945, qui en France inspire la législation des mineurs délinquants, donnait le pas à l'**éducation** sur la sanction. Elle a été prolongée dans une perspective de prévention par l'instauration de **mesures d'assistance éducative** à des mineurs en danger, en dehors de tout passage à l'acte. La place centrale est occupée par le juge des enfants. L'augmentation de la délinquance juvénile, l'âge plus précoce où se commettent les délits, entraînent, depuis quelques années, une critique périodique de l'ordonnance de 1945, avec le projet de lui substituer une optique plus sécuritaire.

Le psychiatre intervient à trois niveaux :

- ✓ Le **psychiatre expert**, comme dans le cas des adultes, éclaire le juge sur la personnalité de l'enfant délinquant ou en danger de le devenir. Cet examen médico-psychologique réalisé en équipe laisse une large place au psychologue clinicien et à l'enquête sociale.
- ✓ Le **psychiatre consultant** intervient dans les institutions de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) pour aider dans leur travail les équipes éducatives qui interviennent soit à domicile (assistance éducative en milieu ouvert (AEMO)), soit en milieu fermé alternatif à la prison (centre éducatif fermé (CEF) ou renforcé (CER) pour les cas particulièrement difficiles).
- ✓ Le **psychiatre thérapeute** peut animer, généralement en collaboration avec des

psychologues cliniciens et des éducateurs spécialisés, des lieux de soins psychothérapeutiques où des psychothérapies individuelles et de groupe sont articulées avec diverses démarches éducatives, rééducatives et pédagogiques. Il arrive que devant des cas pathologiques avérés le juge prononce un placement en hôpital psychiatrique.

## Chapitre 19

# Le psychiatre devant l'alcool

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Savoir distinguer l'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique
  - ▶ Mesurer les conséquences psychiatriques de l'alcoolisme
  - ▶ Prendre connaissance des traitements de l'alcoolisme
- 

L'alcoolisme a occupé longtemps l'une des premières places dans les **fléaux sociaux** en France. Il est détrôné aujourd'hui médiatiquement et politiquement par les toxicomanies, bien que la consommation exagérée d'alcool reste importante et soit bien supérieure à celle des substances interdites. C'est que l'alcool sous toutes ses formes fait partie de l'économie légale du pays – et y tient une place de choix. Il n'est pas prohibé, appartient à la **consommation courante** et joue un rôle considérable de liant social et culturel. Bien que nombreux, les alcooliques se sont toujours sentis des patients à part, dans les institutions psychiatriques et s'y intégraient mal. D'autre part, l'intoxication chronique à l'alcool est la cause de **maladies somatiques** : cirrhose du foie, polynévrite éthylique, encéphalopathie. Pour ces deux raisons, une spécialité plus proche de la

médecine générale, l'**alcoologie**, s'est progressivement constituée. Les psychiatres collaborent avec les alcoologues, mais n'ont plus le monopole du traitement de l'alcoolisme. Celui-ci, s'il peut s'associer à des troubles mentaux préexistants variés et s'il peut se compliquer de pathologies psychiatriques, n'est pas plus que les toxicomanies une maladie mentale à proprement parler. Il correspond lui aussi à des types de personnalités variés.

## *La perspective clinique*

On distingue l'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique.

✓ **L'alcoolisme aigu** ou « ivresse » est un phénomène social qui ne touche qu'épisodiquement le champ de la pathologie. L'ivresse peut aboutir à une intoxication aiguë pouvant mettre la vie en danger. Elle peut se reproduire très régulièrement sous la forme d'un comportement paroxystique habituel : le *binge drinking*, qui tend aujourd'hui à se répandre dans les cercles de jeunes à la sortie des boîtes de nuit.

✓ **L'alcoolisme chronique** regroupe traditionnellement deux formes : l'abus nocif d'alcool et la dépendance à l'alcool.

- **L'abus nocif d'alcool** : c'est un comportement social parfois favorisé par une tradition familiale, un contexte socioprofessionnel (jadis en France les mineurs de fond et les conducteurs de trains à vapeur), des habitudes culturelles.

- La **dépendance à l'alcool** : encore appelée *alcoolomanie*, c'est une véritable

toxicomanie avec des états de manque en l'absence de prise de substance alcoolisée.

Cette distinction classique, reprise par le DSM et la CIM, est en fait largement artificielle. Nombre de buveurs d'habitude excessive évoluent vers une dépendance qui dans certains cas peut être immédiate. On parle alors d'*alcoolomanie primaire*.

## *La perspective biologique*

L'alcool a la propriété d'exciter un système neuronal particulier dit *système de la récompense*. La stimulation de ce système, commun à de nombreuses espèces animales, produit une satisfaction, un sentiment de plaisir, que le sujet est progressivement conditionné à reproduire.

On s'est demandé si certaines personnes étaient plus disposées que d'autres à se laisser conditionner de la sorte. Il existe sans doute des familles d'alcooliques, mais il est difficile d'y faire la part d'un entraînement par l'exemple, de l'exposition précoce aux boissons alcoolisées et d'une réelle susceptibilité génétique pour laquelle plaident un certain nombre d'auteurs.

## *Le contexte et les conséquences psychiatriques*

L'abus d'alcool et plus encore l'*alcoolodépendance* s'inscrivent souvent dans un contexte dépressif et anxieux et dérivent vers un **état dépressif** caractérisé. Si l'alcool a un effet anesthésiant sur la douleur morale, s'il est un bon

anxiolytique, ses effets sont de courte durée et incitent à reprendre en abondance la drogue calmante et euphorisante. Les effets à long terme (désocialisation, crises conjugales et familiales) sont pour le sujet source d'un sentiment de dévalorisation qui aggrave le vécu dépressif.



## « Le Surmoi est soluble dans l'alcool »

On doit cette jolie formule à un psychanalyste allemand, Ernst Simmel. L'alcool lève les inhibitions. Il est utilisé par des sujets phobiques sociaux ou inhibés pour faciliter leur contact avec les autres et entrer plus facilement en relation. Dans les combats au corps-à-corps qui marquaient les guerres de tranchée, l'alcool était utilisé sans vergogne pour transformer en tueurs sans scrupules de braves pères de famille.

Le **délire de jalousie** apparaît plus particulièrement chez des alcooliques, ce que Sigmund Freud attribuait à l'impuissance sexuelle qui complique un alcoolisme chronique. Par projection, le jaloux attribuerait à l'infidélité de sa partenaire ses troubles érectiles.

Les psychopathes et plus généralement les personnalités narcissiques, en défaut d'estime de soi, cherchent dans la **prestance artificielle** que

leur attribue le toxique, en estompant les aspérités du réel, un remède à leur sentiment d'échec et d'insécurité.

L'ivresse peut prendre l'aspect d'un **délire aigu** et le sevrage brutal conduire au *delirium tremens*, une pathologie mortelle lorsqu'elle n'est pas traitée d'urgence, qui associe des signes neurologiques (le tremblement), une déshydratation aiguë, une fièvre élevée, des troubles de conscience dits oniriques (un état voisin du rêve) et des hallucinations généralement visuelles.

## *Les traitements*

- Le **traitement somatique** est le traitement des conséquences biologiques de l'intoxication alcoolique sur les divers organes touchés. Il n'entre pas dans le cadre de ce livre, mais s'associe toujours au traitement psychologique et psychiatrique, d'où la nécessité d'un travail d'équipe.
- Basées sur la **cure de dégoût**, diverses thérapies de déconditionnement ont été utilisées. Puisque le besoin d'alcool semblait fondé sur un conditionnement par la répétition d'expériences plaisantes, on s'évertua à associer la prise d'alcool à des expériences déplaisantes pour instaurer un dégoût. On utilisa l'**apomorphine**, un vomitif injecté immédiatement après une prise de la boisson alcoolisée favorite. Le **disulfirame**, une substance qui associée à l'alcool produisait l'effet *antabus* (une rougeur du visage, des nausées, un malaise général), fut abondamment prescrit. Cette approche

comportementaliste est aujourd'hui moins utilisée.

✓ Divers **médicaments** ont été proposés pour diminuer directement l'appétence alcoolique : les neuroleptiques, les antidépresseurs, les benzodiazépines et, plus spécifiquement, un inhibiteur des opiacés, la naltrexone. Aujourd'hui, un myorelaxant, le **baclofène**, fait la une des journaux. L'évaluation est en cours d'étude.

✓ Les **approches psychologiques et groupales** sont essentielles. Le problème est de conduire l'alcoolique à demander une aide. Longtemps inconscient de son état, persuadé de sacrifier à une habitude sociale reconnue et même valorisée (« tenir l'alcool » est encore dans notre société considéré comme une qualité virile appréciée), l'alcoolique attend pour se reconnaître en souffrance de subir les pressions voire le chantage de sa famille, de son employeur. Il se rebelle d'autant plus qu'il ressent ces pressions comme humiliantes. Certains peuvent recourir à une psychothérapie individuelle ou de groupe en milieu spécialisé, souvent au début pour satisfaire un conjoint, un patron. Les formes solitaires et l'alcoolisme féminin, souvent plus marqués du coin de la dépression, sont plus accessibles à ce genre de traitement.

✓ L'optique du **rétablissement** dont il a déjà été question a trouvé ici ses lettres de noblesse. Les groupes d'**anciens buveurs** jouent un rôle de premier plan. Ils peuvent s'adjoindre la collaboration de psychiatres et de psychologues pour former les aidants, mais ce sont eux qui prennent en charge les buveurs et les assistent socialement et psychologiquement. Outre l'aide qu'il apporte aux nouveaux candidats, l'aidant

ancien buveur trouve lui-même une aide à aider les autres.

## **Groupons-nous et demain...**

Les associations d'anciens buveurs sont nombreuses, toutes utilisent l'esprit militant pour convaincre les buveurs et maintenir l'abstinence de leurs membres. La plus célèbre, les Alcooliques anonymes (AA), est une organisation internationale à référence déiste. La seule condition pour y adhérer est le désir de s'arrêter de boire. Sur le modèle de certains mouvements évangélistes, elle est basée sur des groupes de parole où ceux qui le désirent racontent en public leur cheminement. Des systèmes de parrainage assurent le soutien des nouveaux venus. Les AA collaborent avec les services médicaux et proposent des séances publiques pour se faire connaître dans les institutions de soins. La Croix bleue est également une fédération internationale d'origine protestante, fondée à l'origine en Suisse. Organisant des camps, des groupes de parole, gérant des institutions de cure, elle s'assure, aux côtés de bénévoles eux-mêmes abstinents, l'aide de professionnels. Des pasteurs et des laïcs peuvent accompagner les anciens buveurs, s'ils le désirent, dans une démarche spirituelle. Prévenir, conseiller, accompagner, telle est sa devise. Vie libre est une association non confessionnelle et apolitique. Elle

regroupe d'anciens buveurs et des abstinents volontaires ainsi que leurs familles. Anciennement d'inspiration catholique sous le nom de Croix d'or, l'association Alcool assistance est devenue une association non confessionnelle qui poursuit des buts similaires. Ces associations sont dites *néphalistes* (du grec *nephalios*, « sobre ») parce qu'elles préconisent l'abstinence complète, tout en admettant la possibilité de rechutes qui donnent lieu à un redoublement de l'aide.

## Chapitre 20

# La psychiatrie de liaison

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Analyser les besoins des équipes qui ont conduit à la psychiatrie de liaison
  - ▶ Comprendre les besoins des patients à l'origine de la psychiatrie de liaison
- 

La psychiatrie de liaison est la dernière-née des sous-spécialités psychiatriques. « Médecine spéciale » selon l'un de ses fondateurs (Philippe Pinel), longtemps pratiquée dans des institutions spécialisées par un corps de médecins spécialistes, la psychiatrie depuis une cinquantaine d'années, après avoir conquis son autonomie universitaire, s'est en France comme dans les autres pays occidentaux rapprochée de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique. En même temps que des services ordinaires de psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée trouvaient leur place dans les hôpitaux généraux, les équipes psychiatriques apprenaient à **collaborer avec les autres équipes médico-chirurgicales**, à répondre aux besoins de ces équipes et de leurs patients.



## Mettre de l'âme dans la médecine

Le psychanalyste anglais d'origine hongroise Michael Balint a eu l'idée de proposer dans les années cinquante aux médecins généralistes du Service national de santé, qui venait d'être créé, de se réunir avec lui par petits groupes pour étudier ensemble à partir d'exemples cliniques leurs modes de relation avec leurs patients. L'objet de la recherche était ce que Michael Balint a appelé le « médicament médecin », cette façon qu'a le médecin de prescrire sa présence, son soutien, sa compréhension, et d'exercer, toujours selon Michael Balint, sa « fonction apostolique ». Cette laïcisation d'un rôle attribué jusque-là principalement aux clercs correspondait à une demande croissante des patients qui venaient chercher chez le médecin autre chose qu'un diagnostic et un traitement médicamenteux. Sous l'influence du progrès technique, de la multiplication des examens de laboratoire et d'une imagerie à distance, le contact de corps-à-corps et la proximité du dialogue clinique perdaient de leur importance. Il semblait utile de réintroduire autrement dans l'échange médecin-malade une attention à l'histoire et à la souffrance individuelles. Ainsi est née la psychologie médicale qui s'est ensuite étendue à de nombreux services hospitaliers de médecine, de

chirurgie ou d'obstétrique sous le nom de *psychiatrie de liaison*.

## *Les besoins des équipes*

### *L'Evidence-Based Medicine (EBM)*

L'évolution des sciences médicales amène à s'écarter du cas individuel au profit de l'**étude statistique de populations**. On regroupe ainsi au hasard des individus recevant un traitement ou soumis à un agent supposé pathogène, qu'on compare à une population témoin composée d'individus supposés identiques mais ne recevant pas le traitement ou n'étant pas exposés à l'agent. *L'Evidence-Based Medicine* (la « médecine fondée sur les preuves ») tourne ainsi le dos aujourd'hui à l'adage d'Aristote : « Il n'y a de science que du général, mais il n'y a de médecine que du particulier. » Ce **particularisme**, dont s'est longtemps targuée la médecine clinique, n'est plus de saison. Aujourd'hui, les prescriptions médicamenteuses, les techniques chirurgicales, les soins infirmiers sont de plus en plus protocolisés. Ils obéissent à des stratégies validées par la statistique. Ces progrès scientifiques incontestables ont donné à la médecine une efficacité qu'elle n'avait encore jamais conquise.

### *Au détriment de la personnalisation des soins*

Le médecin, l'infirmier surtout, souffrent de l'anonymat induit par l'EBM. Ils sont souvent désemparés devant des situations individuelles difficiles auxquelles la statistique ne donne pas de

réponse : le malade en fin de vie, les douleurs ou l'angoisse d'un autre, le deuil des proches, les questions d'une famille devant un grand prématuré, un sujet atteint par une affection mortelle et qui veut connaître (ou ne pas connaître) son destin immédiat.

### ***Les recommandations éthiques et l'évolution de la loi***

Elles peuvent aider une équipe à prendre, en accord avec le patient et/ou sa famille, une décision d'arrêt de soins. L'actualité montre que ce n'est pas toujours simple.

### ***L'apport d'une équipe de psychiatrie de liaison***

Une équipe de psychiatrie de liaison, généralement multidisciplinaire, comprenant psychiatre, psychologue, infirmiers spécialisés, éventuellement psychanalystes, contribue alors à l'élaboration commune d'une décision en aidant à prendre en compte les émotions du personnel lourdement impliqué dans la situation. Par sa présence, par son écoute particulière, elle peut aider les autres soignants à maintenir à côté de la technicité nécessaire une atmosphère de **compréhension empathique**. Elle permet de lutter contre les phénomènes dits de *burn out* (« épuisement affectif »), cette véritable maladie professionnelle des services médicaux ou chirurgicaux.

## ***Les besoins des patients***

La maladie physique affecte un organe ou un système d'organes. Elle n'en est pas moins maladie de l'homme global, corps et esprit à la fois. Les maladies physiques retentissent sur l'humeur et ont ainsi des effets psychologiques plus ou moins importants. À l'inverse les troubles de l'esprit peuvent s'exprimer dans le corps et ont des effets somatiques. Vous avez bien compris, depuis que vous lisez ce livre, que la distinction corps-esprit n'est pas ici d'ordre philosophique ou religieux (la croyance en une âme ou un esprit distinct du corps). Elle est d'ordre purement pratique, désignant des modes d'approches différents d'une réalité à deux faces.

### ***Les effets psychologiques des maladies du corps***

Tous ne sont évidemment pas du ressort du psychiatre et de son équipe, dont l'intervention est réglée au cas par cas, sur la demande individuelle du patient ou sur celle de l'équipe médicale ou chirurgicale.

Des maladies chroniques de l'enfance ou de l'adolescence induisent un état de **dépendance** et exigent en même temps une grande **compliance** (c'est-à-dire une observance rigoureuse des consignes thérapeutiques). Par exemple : le diabète grave du jeune ou encore la mucoviscidose (ou fibrose kystique), cette maladie génétique qui atteint les glandes à mucus et entraîne de gros troubles respiratoires. Certains enfants ou adolescents peuvent se rebeller contre leur sort et adopter des attitudes de refus de soins ou de prise de risques dont les conséquences sont à brève échéance mortelles. D'où l'importance d'un suivi psychiatrique complémentaire.

Les services de cancérologie et les services de soins palliatifs offrent en général un équipement psychiatrique pour traiter les **troubles anxieux ou dépressifs** qui peuvent survenir pendant l'évolution de la maladie ou en fin de vie.

Il en est de même des services d'urgence pour faire face aux états de **stress post-traumatique** ainsi qu'aux **tentatives de suicide**. Des équipes psychiatriques sont de plus en plus souvent intégrées dans les services médicaux d'urgence, où les décompensations psychiques aiguës, les états d'alcoolisation, les diverses manifestations somatiques et psychiques de la détresse et de l'angoisse se retrouvent côte à côte avec des pathologies du corps.

### ***Les effets somatiques des maladies de l'esprit***

On a déjà parlé des **troubles somatoformes** : ces manifestations souvent à tonalité douloureuse dominante, douleurs de dos, de tête, de ventre, qu'aucun examen médical ne parvient à expliquer, véritable défi lancé à la médecine et dont elle a quelquefois peine à s'accommoder, multipliant bilans et essais médicamenteux de toutes sortes avant de rejeter le malade. Faute de mieux ou en attendant mieux, on dit que c'est psychologique. Ce qui n'empêche pas le malade de souffrir. Il arrive que des entretiens à visée psychothérapique améliorent le sujet, à condition souvent de ne pas nier d'emblée la participation directe du corps et de ses organes au malaise. C'est pourquoi il est préférable dans ces cas de poursuivre la collaboration entre psychiatre et médecin du corps, une liaison qui est tout sauf dangereuse si

elle est maintenue dans le respect mutuel des compétences de chacun et dans leur articulation. Rien d'aussi néfaste que le renvoi au psychiatre par un médecin du corps méprisant et agressif, furieux de n'avoir pas réussi. Rien d'aussi stérile qu'une division du travail où l'un, le psychiatre, aurait le monopole de la parole et s'abstiendrait de toute intervention concrète pour manifester son aide tandis que l'autre, le médecin du corps, garderait le monopole de l'acte sans aucun mot d'explication, de compréhension ou de commisération.

On a parlé aussi des **troubles factices**, cette sorte de délire en actes où le patient fabrique sa maladie pour attirer l'attention. Ils posent problème aux médecins du corps qui peuvent demander l'éclairage du psychiatre pour replacer le symptôme dans son contexte.

Les **maladies psychosomatiques** sont des maladies organiques où l'on fait l'hypothèse d'un possible facteur psychologique déclenchant ou aggravant. Certaines hypertensions artérielles, une maladie de l'intestin (la recto-colite hémorragique), certaines maladies dermatologiques seraient ainsi influencées par l'état psychologique du sujet et pourraient bénéficier de soins psychiatriques ou psychothérapeutiques adjoints au traitement médical.

**L'école  
psychosomatique de  
Paris**

Un certain nombre de psychanalystes parisiens (Pierre Marty, Christian David, Michel de M'Uzan, Michel Fain et leurs élèves) ont proposé d'aborder des malades somatiques sous l'angle psychologique, en collaboration avec les médecins du corps. Ils ont élaboré une typologie du malade psychosomatique comme un sujet dominé par une pensée opératoire (tournée vers l'action) avec un défaut de fantasmatisation (de vie imaginative) et souffrant d'un fonds dépressif chronique, qu'ils ont nommé *dépression essentielle*. Aujourd'hui des travaux de recherche biologique tentent d'établir un lien entre cette typologie et un groupe de pathologies appelées *auto-immunes* car elles sont dues à une activité anormale du système immunitaire dirigée contre les organes du corps au lieu de se limiter aux substances organiques venues de l'extérieur.

## Quatrième partie

# Des psychiatres, pour quoi faire ?



*Dans cette partie...*

Après son histoire, après la description des troubles qui peuvent conduire à demander l'aide de la psychiatrie en général ou d'une de ses sous-spécialités, nous abordons une nouvelle question. Que font les psychiatres et les équipes psychiatriques ? Quels moyens utilisent-ils pour traiter ceux qui viennent les consulter ? On

décomposera cette partie en trois chapitres : les thérapies psychologiques, les thérapies biologiques, la réhabilitation psychosociale.

## Chapitre 21

# Les traitements psychologiques

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Maîtriser la notion de psychothérapie
  - ▶ Connaître les particularités des quatre courants des traitements psychologiques
- 

### *Avant tout : la psychothérapie*

Les traitements psychologiques doivent venir en premier car ils représentent **la part la plus spécifique** de la psychiatrie. Certains voudraient nier cette primauté et réduire le rôle du psychiatre au diagnostic des troubles mentaux, à l'expertise, au maniement et à l'évaluation des médicaments. La psychiatrie y gagnerait peut-être en apparence scientifique – en apparence seulement car elle manque des seules preuves irréfutables : les preuves physico-chimiques et biologiques. Elle y perdrait en spécificité. Quand on vient consulter un psychiatre, c'est d'abord pour se sentir mieux ou pour aider un proche à se sentir mieux sur le plan psychique. L'exercice psychiatrique est d'abord un exercice psychothérapeutique.

En France, jusqu'il y a peu, n'importe qui pouvait se déclarer psychothérapeute, le titre n'étant pas protégé. Différentes formes de psychothérapies ont fleuri avec des formations privées plus ou moins sérieuses et des risques de dérives sectaires. Depuis 2010, plusieurs textes législatifs et réglementaires ont institué un **registre national des psychothérapeutes** et énoncé, pour y être inscrit, des conditions de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique. Les psychiatres et les psychologues cliniciens sont dispensés de ces formations complémentaires, la psychopathologie et la pratique clinique faisant partie intégrante de leur cursus universitaire.

## **Une médecine sans lésions**

Contrairement à l'ensemble de la médecine qui a fait des progrès stupéfiants dans l'explication des symptômes des maladies physiques par des atteintes des fonctions du corps, la psychiatrie est toujours incapable, malgré de nombreuses recherches en cours et de nombreuses hypothèses, d'établir un lien direct entre une atteinte du cerveau et un trouble mental. La psychiatrie reste donc encore une médecine sans lésions. On se souvient que ce défaut de preuves physiques conduisit Thomas Szasz à dénoncer le « mythe de la maladie mentale ». Tous ceux qui aujourd'hui soutiennent la nature strictement organique des troubles mentaux précèdent peut-être des

découvertes à venir. Pour l'heure, ils s'accrochent à ce qui est de l'ordre d'une croyance. Ils abusent l'opinion par leur prétention à une scientificité dont ils sont bien éloignés. À la différence des autres médecins, le psychiatre honnête ne peut, au moins dans l'instant, légitimer ses pratiques par des tests biologiques, ce qui rend leur évaluation difficile et souvent aléatoire. Rappelez-vous l'encadré sur la fragilité des preuves en psychiatrie. Cela n'empêche pas paradoxalement le psychiatre de soigner, souvent de soulager, quelquefois de guérir ou d'y contribuer.

### ***Le sens du mot***

Qu'entend-on par *psychothérapie* ? Le terme dérive du grec (vous commencez à en prendre l'habitude) *therapeuein* qui signifie « servir », par extension « soigner », et de *psychè*, « l'âme » ou « l'esprit », comme vous le savez. Une psychothérapie est un **soin de l'esprit par l'action d'un autre esprit**. Toute psychothérapie repose donc sur une relation entre deux ou plusieurs personnes, dont l'une au moins est en position de soignant (le ou les psychothérapeutes), l'autre ou les autres en position de soignés. La relation psychothérapique est donc par essence **asymétrique**, à la différence d'autres relations interpersonnelles amicales ou amoureuses, qui peuvent également exercer une fonction d'aide psychologique.

### ***Les grands courants***

En un peu plus d'un siècle d'existence, les traitements psychologiques ou psychothérapies se sont formalisés et divisés en quatre principaux courants obéissant à des conceptions et à des formulations techniques différentes : l'hypnose, les psychothérapies inspirées de la psychanalyse, les thérapies comportementales et cognitives (TCC), les thérapies systémiques. Nombre de psychiatres sont formés à l'une ou l'autre de ces techniques, parfois à plusieurs. Les autres spécialités médicales sont moins diverses dans leurs pratiques. Habituellement, après avoir été comparé à d'autres sur des « groupes homogènes de malades », un protocole thérapeutique est adopté et pour un certain temps fait l'unanimité ou presque dans la spécialité. La psychiatrie, il faut le répéter, n'a pas atteint un niveau scientifique où les preuves d'efficacité d'une méthode peuvent s'imposer à tout le monde. Chacun choisit la voie où il se sent le plus à l'aise en fonction de sa personnalité, des rencontres qu'il a pu faire, de la tradition culturelle dans laquelle il s'inscrit. La plupart toutefois se rejoignent dans la pratique quotidienne d'une **psychothérapie** non spécifique **fondée sur la relation** qu'on appelle parfois *intégrative* ou *éclectique*. Elle fait son miel des éléments en provenance de plusieurs courants et adapte, dans l'abord individuel d'un patient donné, des attitudes communes à toutes les formes de soin psychique.

La **psychothérapie institutionnelle** enfin continue à utiliser **les médiations de la vie quotidienne** pour soigner les pathologies lourdes.

Les clients ont le choix. Encore faut-il qu'ils soient informés. C'est ce qu'on essaie de faire ici

avec le maximum d'objectivité. Malgré tout, l'auteur ne peut pas s'abstenir de laisser entendre quelques préférences !

## *L'hypnose, grand-mère des psychothérapies*

L'hypnose est un état de conscience particulier voisin du sommeil et qui peut être peuplé d'images proches de celles du rêve. Dans cet état modifié, des sensations, notamment les sensations douloureuses, sont affaiblies, d'où l'utilisation de l'**hypnosédation** comme anesthésique dans certaines interventions chirurgicales ou dentaires. Toutes les psychothérapies dérivent plus ou moins de cette **suggestion** originelle exercée par un thérapeute auquel le patient soumet sa volonté et à l'influence duquel il est invité à s'abandonner totalement.

### *L'hypnose classique*

Elle consiste par divers procédés à **détourner l'attention** du patient du monde extérieur et à la fixer tout entière sur des éléments de la personne de l'hypnotiseur, son regard, sa voix, et/ou sur un objet qu'il présente au patient, dans une atmosphère particulière qui incite à **se laisser aller** sans résister. L'état hypnotique une fois obtenu, le thérapeute suggère au patient l'abandon de ses symptômes.



## Petit rappel historique

Tout a commencé à Vienne puis à Paris, cent ans avant Sigmund Freud. Franz Anton Mesmer était un médecin amateur de musique (Wolfgang Amadeus Mozart, Joseph Haydn et Christoph Willibald Gluck fréquentaient chez lui), qui pratiquait ce qu'il appelait le *magnétisme animal*. On connaissait depuis l'Antiquité la propriété de certains minéraux d'attirer le fer et de transmettre cette *aimantation* aux objets en fer. C'est l'origine de la boussole inventée par les Chinois. Franz Anton Mesmer supposait que des corps vivants pouvaient posséder une propriété analogue et se montrer capables de capter et de transmettre un fluide qui faisait communiquer entre elles toutes choses dans l'univers. La mauvaise répartition de ce fluide était selon lui à l'origine des maladies. Pour rétablir l'harmonie dans un corps malade, il utilisait des « passes » puis, devant la montée des demandes, inventa un traitement collectif avec son célèbre baquet auquel les patients encordés étaient reliés par des tiges en fer. On y vit des dames du monde entrer en des trances peu convenables, au point que les autorités s'en émurent et que le roi commanda un rapport d'évaluation. Malgré le point de vue largement défavorable des experts, le magnétisme poursuivit son chemin. Un élève de Franz Anton Mesmer, le marquis Chastenet de Puységur, en utilisant la *mesmérisation* obtint chez un sujet un

*sommeil magnétique* où le malade lucide sur son état trouvait les moyens de sa propre guérison. La théorie fluidique du magnétisme animal fut ensuite abandonnée. Considérée désormais comme résultant de l'influence directe d'un esprit sur un autre, un phénomène purement psychologique, l'*hypnose* fut médicalisée par l'Anglais James Braid d'abord comme traitement anesthésique puis comme psychothérapie. En France, elle fit l'objet de controverses entre Jean-Martin Charcot, qui voulait expliquer de manière neurologique les états de conscience particuliers induits par l'hypnose, et Hippolyte Bernheim, qui mettait au premier plan la suggestion exercée par l'hypnotiseur sur l'hypnotisé.

À Vienne, Josef Breuer puis Sigmund Freud à sa suite avaient, on s'en souvient, modifié les objectifs de l'hypnose. Au lieu d'agir directement sur les symptômes, ils utilisaient ce qu'ils appelaient l'*état hypnoïde* pour faire revenir à la conscience les souvenirs oubliés d'expériences désagréables voire traumatiques. Cette reviviscence était accompagnée d'affects dits étranglés, qui n'avaient pu s'exprimer lors de l'expérience initiale et qui trouvaient alors à se libérer. Josef Breuer avait repris d'Aristote le terme de *catharsis* pour désigner cette purgation affective thérapeutique.

### ***L'hypnose de papa, l'hypnose de maman***

Un élève de Sigmund Freud, Sandor Ferenczi, a insisté ensuite sur les types de relations induites par l'hypnose. Pour lui l'état hypnotique réveille

un abandon rassurant de l'enfant à l'autorité parentale, une expérience qu'a connue l'enfant en détresse et que retrouve l'adulte en souffrance psychique. Sandor Ferenczi a distingué :

- ✓ une **hypnose** réparatrice et consolatrice **maternelle** ;
- ✓ une **hypnose paternelle**, plus pédagogique, qui indique au sujet les voies qu'il doit emprunter.

### *De la suggestion à l'autosuggestion*

Déjà le marquis Chastenet de Puységur avait découvert que le sujet hypnotisé n'était pas purement passif. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, un pharmacien, Émile Coué de la Châtaigneraie, inspiré par les travaux d'Hippolyte Bernheim, proposa une méthode d'**autosuggestion** fondée sur la puissance de l'imagination. « Si étant malade, disait Émile Coué, nous nous imaginons que la guérison va se produire, celle-ci se produira si elle est possible. Si elle ne l'est pas, nous obtiendrons le maximum d'améliorations qu'il est possible d'obtenir. » La méthode consistait en une série d'exercices répétés de manière rituelle, qui visaient à se convaincre de son mieux-être en éliminant les pensées négatives et en renforçant les pensées positives.

Plus près de nous, après l'avoir expérimentée sur lui-même, le psychiatre américain Milton Hyland Erickson, un grand invalide souffrant de séquelles graves de poliomyélite, a mis au point une méthode plus sophistiquée d'**autohypnose** où, guidé par un thérapeute beaucoup moins interventionniste que l'hypnotiseur classique,

c'est le patient lui-même qui se met dans un état hypnotique où ses symptômes s'apaisent.

Les diverses méthodes de relaxation, dont la plus connue est le *training autogène*, reprennent au niveau du corps et des sensations corporelles ces mécanismes d'autosuggestion. Elles sont souvent utilisées comme complément d'une médication et d'un échange verbal à visée psychothérapique, dans des états d'anxiété ou de malaise psychique à expression somatique douloureuse.

## *Encore et toujours : la psychanalyse*

Après une période de mode où elle s'est crue (et où on l'a crue) capable de résoudre tous les problèmes psychologiques, des plus légers aux plus sévères, la psychanalyse fait aujourd'hui l'objet d'attaques aussi injustifiées que les éloges dont naguère elle bénéficiait.

➤ La **théorie psychanalytique**, à condition de ne pas la figer dans les formulations de son fondateur et de poursuivre son approfondissement et sa mise à jour, reste pour l'heure la théorie la plus satisfaisante et la plus complète du fonctionnement mental. Elle seule donne toute sa place à la **réalité psychique**, c'est-à-dire à tout ce que ce fonctionnement conserve normalement d'intime, mais aussi d'irrationnel, de complexe, d'inconnu à soi-même. Elle seule propose une théorie cohérente des sentiments troubles et contradictoires, des images étranges surgies soudainement, aussitôt refoulées, qui parasitent et désorganisent la belle harmonie de ce fonctionnement. Elle trouve d'ailleurs de plus en plus de

confirmations dans les données expérimentales des sciences cognitives.

✓ La **méthode** proprement dite (le dispositif divan-fauteuil, des séances plurihebdomadaires) a des indications limitées. Elle est pratiquée par des spécialistes formés par un long parcours. Une large partie d'entre eux est issue d'autres professions que la psychiatrie et nombre de psychiatres devenus psychanalystes exclusifs ne pratiquent plus la psychiatrie. On s'intéressera seulement ici aux psychothérapies inspirées par la psychanalyse, qui sont couramment utilisées dans l'exercice psychiatrique lui-même.

Les psychothérapies psychanalytiques ont des points communs dans leur diversité.

## *Des points communs*

### *Au centre : le désir du patient*

Les découvertes freudiennes n'ont été possibles que grâce à un **changement radical de perspective** – qui a contaminé d'ailleurs ceux qui continuaient à s'inscrire dans la tradition de l'hypnose et de la suggestion. Ce changement radical continue à marquer toutes les psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Il consiste à considérer que l'initiative de la cure appartient au patient et non au thérapeute. C'est le désir du patient (un désir largement inconscient au départ) qui est au centre du traitement, et non celui du psychiatre de lui imposer des directives ou de le rendre conforme aux attentes des autres. Le désir du patient peut être plein de contradictions : désir de guérir aussi bien que de ne pas guérir et de continuer à souffrir – eh oui,

curieusement cela existe, au moins inconsciemment : la psychanalyse appelle ce phénomène des *résistances*. Le psychothérapeute n'est qu'un **catalyseur** qui contribue à l'expression de ce désir. Ce qui ne signifie pas bien sûr que tous les désirs doivent se réaliser : exprimer n'est pas passer à l'acte. La psychothérapie d'inspiration psychanalytique est d'abord un **acte de langage**.

### *Connais-toi toi-même*

La vieille devise gravée jadis au fronton du temple de Delphes et reprise par Socrate pourrait se trouver à l'entrée du cabinet d'un psychothérapeute pratiquant une psychothérapie d'inspiration psychanalytique. Toute psychothérapie de ce type a pour objectif une meilleure connaissance et compréhension de soi-même afin de mieux orienter sa destinée, c'est ce qu'on désigne par le terme anglais *insight* (« vision interne »). Même quand il s'adresse à des sujets en très grande difficulté, autistes ou psychotiques, le psychothérapeute d'inspiration psychanalytique se fonde sur les capacités d'autocompréhension, de connaissance de soi du sujet, sur ce qu'on a appelé sa *partie saine* avec laquelle il essaie de contracter une **alliance** afin d'aider le sujet à faire des choix plus satisfaisants pour lui.

### *La relation*

Toute psychothérapie d'inspiration psychanalytique est basée sur la relation. C'est ce qui se passe entre le thérapeute et le patient qui est

l'objet de l'examen commun des deux protagonistes. La relation qui les unit est en quelque sorte une **mise en représentation purifiée**, un modèle des relations du sujet à son environnement. Elle peut de ce fait être décomposée en :

- ✓ ce qui appartient à l'**actualité**, ce qui est réactionnel aux circonstances présentes et qui peut être modifié quand on en a pris conscience ;
- ✓ ce qui est **répétition** d'une manière d'être très ancienne en face d'autrui. Freud, on l'a dit, appelait cela le *transfert*, postulant que cette manière d'être reproduisait les relations réelles ou imaginées du patient avec les premières figures significatives de son existence : ses parents. Il disait que le transfert, en induisant en cours d'analyse une inévitable relation de dépendance de type parent-enfant, utilisait un résidu de la suggestion hypnotique. Ce résidu donnait de la force aux interprétations de l'analyste qui, en fin de cure, gardait toutefois pour objectif la dissolution du transfert. De même, dans une psychothérapie, l'autorité du thérapeute, la confiance que le patient a en lui s'appuient sur des éléments transférentiels.

### ***Du rêve à l'histoire***

« Nous sommes de l'étoffe dont sont faits nos rêves et notre petite vie est entourée de sommeil » disait déjà Prospero dans le *Songe d'une nuit d'été* de William Shakespeare. La psychanalyse a fait son fonds de commerce de l'analyse des rêves, plutôt de l'analyse du **récit de rêve**, de la manière dont le sujet raconte ce qu'il a rêvé. Elle a fait l'hypothèse que ce récit contenait la réalisation imaginaire de désirs inconscients datant de

l'enfance. Aujourd'hui la théorie psychanalytique – en partie sous l'influence de la phénoménologie et de la psychologie sociale – fait une place de plus en plus grande à la **narration**, à la façon dont le sujet raconte non seulement sa lointaine histoire passée, mais encore ce qui lui arrive dans le moment présent. La mise en récit des événements, notamment de ceux qui émaillent la cure elle-même, est l'un des éléments caractéristiques de toute psychothérapie d'inspiration psychanalytique. Certains patients lourdement atteints, encore une fois les psychotiques et les autistes, apprennent ainsi dans une psychothérapie à se raconter à quelqu'un qui les écoute avant de devenir capables d'un récit intérieur cohérent, d'une mise en histoire continue de leur vie jusque-là morcelée en lambeaux disjoints.

## *Les différentes espèces*

### *La psychothérapie de face-à-face*

C'est la plus couramment utilisée par les psychiatres et les psychologues de formation psychanalytique – qui peuvent être par ailleurs des psychanalystes. Elle remplace le classique dispositif divan-fauteuil par un face-à-face. Le nombre de séances est généralement réduit à **une séance hebdomadaire** – mais un rythme plus soutenu peut être conservé. Le thérapeute habituellement intervient davantage, laisse paraître ses émotions et peut introduire des conseils pratiques à côté de ses interprétations (c'est-à-dire des liens qu'il cherche à établir entre divers récits du patient).

Le thérapeute utilise le **transfert** (c'est-à-dire l'influence induite par le cadre psychothérapeutique), que permettent :

- ✓ la régularité et la durée des séances ;
- ✓ une certaine réserve du thérapeute ;
- ✓ mais aussi ce que le patient attend de lui et projette inévitablement sur lui d'espoirs aussi bien que de frustrations.

La psychothérapie en face-à-face est particulièrement indiquée dans les **états dépressifs de longue durée** chez des sujets ayant des troubles de la personnalité (personnalités dites limites ou *border line*, qui souffrent d'une difficulté à organiser leur existence et vont souvent d'échec en échec sur le plan professionnel, familial, sentimental).

Adaptée à des personnalités en plus grande difficulté, elle peut bénéficier, à côté d'autres traitements, à des sujets psychotiques (schizophrènes ou paranoïaques) ainsi qu'à certains autistes.

### ***Le psychodrame***

Inventé par le psychiatre Jacob Levy Moreno, qui était aussi un homme de théâtre, il utilise la **mise en scène théâtrale des fantasmes** comme moyen de compréhension et d'analyse. Il se pratique généralement avec plusieurs thérapeutes.

- ✓ L'un d'eux, **metteur en scène**, ne participe pas au jeu. Il invite le patient à proposer un scénario généralement issu de son expérience personnelle.
- ✓ Le patient choisit ensuite des acteurs parmi les **cothérapeutes**.

- ✓ Il joue avec eux une **saynète** où les protagonistes interviennent d'après les indications du patient, mais aussi en introduisant ce qu'ils croient percevoir de ses sous-entendus, des éléments qui peuvent donner à la scène un autre sens que le sens manifeste.
- ✓ Certains peuvent aussi jouer le **rôle d'un moi auxiliaire** et exprimer ce que le patient ne dit pas, mais peut-être ressent.
- ✓ Le patient garde à tout instant la **liberté d'interrompre** ou de modifier le jeu à sa guise.
- ✓ Une fois la scène jouée, chacun **exprime** ce qu'il a compris et ressenti.
- ✓ Le metteur en scène invite le patient à une **analyse** de ce qui s'est passé et de l'éclairage apporté par le psychodrame sur sa problématique personnelle.

Cette technique, utilisée particulièrement avec des patients psychotiques ainsi qu'avec des patients qui sont en panne d'imagination et ont tendance à passer à l'acte (comme les agresseurs sexuels), peut aussi être employée en groupe avec des enfants ou des adolescents.

### *Les thérapies de groupe*

- ✓ Menées généralement par **deux thérapeutes**, elles réunissent des **groupes de cinq à six personnes** qui sont invitées à échanger librement sur un rythme hebdomadaire ou bihebdomadaire en privilégiant le récit de leurs émotions, de leurs fantasmes ou de leurs rêves.
- ✓ Le but est de **développer l'attention** aux émotions des autres et à ses propres émotions liées à des mouvements spécifiques de rivalité, de dépendance, de contre-dépendance

ou de fuite engendrés par toute situation de groupe.

✓ Entreprises au départ surtout avec des anciens combattants, victimes de névroses de guerre, elles ont été ensuite appliquées à de **nombreuses pathologies** : l'alcoolisme et les addictions, les troubles alimentaires, mais aussi les psychotiques, les psychopathes et jusqu'aux autistes verbaux ou même non verbaux pour améliorer les contacts avec autrui et les capacités narratives (la faculté de raconter ce qui vous arrive).

✓ Là encore les phénomènes de **transfert** sur la personne des thérapeutes et des transferts latéraux entre participants peuvent être utilisés pour dynamiser le groupe. Les psychothérapies de groupe sont un outil précieux en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

### *Les thérapies à médiation*

Ce sont des thérapies individuelles ou de groupe qui utilisent, pour faciliter les échanges, une médiation. Cette médiation peut être :

- ✓ une **activité** manuelle **ergothérapeutique** ;
- ✓ le dessin, la peinture, le modelage (les différentes formes d'**art-thérapie**) ;
- ✓ des **activités sportives**, des médiations corporelles (massage, kinésithérapie, balnéothérapie) ;
- ✓ avec les enfants, la lecture d'un **conte**, puis sa mise en scène et son illustration par des dessins, sont une autre source possible de rencontre et de relation à visée psychothérapeutique.

Ces différentes thérapies à médiation donnent lieu à une **reprise narrative**, c'est-à-dire à un temps d'analyse où ce qui vient de se passer entre les

participants est raconté, relié à ce qu'ils ont pensé, imaginé ou senti, éventuellement rapproché d'autres événements vécus ensemble dans d'autres séances.

## **Touche pas à mon corps**

Les différentes thérapies corporelles impliquent des contacts intimes entre des parties du corps du thérapeute (ses mains généralement) et le corps du patient. Cette proximité peut engendrer des fantasmes agressifs ou érotiques et susciter dans l'opinion des réactions parfois violentes. On l'a vu avec la polémique du *packing*. Cette technique ancienne avait été remise au goût du jour par des psychiatres d'inspiration psychanalytique. Elle consistait à envelopper le patient (consentant) dans des linges humides froids, ce qui suscitait une première réaction de frisson suivie d'une dilatation des vaisseaux sanguins superficiels et d'une impression de réchauffement rapide. Entouré par des thérapeutes attentifs, le patient était invité avec leur aide à formuler ce qu'il ressentait. Cette thérapie visait à redonner à des sujets en grande difficulté avec l'image de leur corps (schizophrènes très décompensés, autistes automutilateurs) la sensation agréable et rassurante d'un contenant corporel unifié. Elle a été assimilée à une torture par des associations de famille qui ont fini par obtenir son interdiction.

## ***Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)***

Elles ont commencé à se préciser dans les années cinquante en application des travaux expérimentaux réalisés d'abord chez l'animal par des chercheurs, dont les plus connus sont le Russe Ivan Pavlov et les Américains John Broadus Watson et Burrhus Frederic Skinner. Elles connaissent actuellement un grand développement et se sont modernisées avec des emprunts aux sciences cognitives modernes.

### ***Du chien au pigeon***

On connaît le **chien de Pavlov**. Il salivait par réflexe quand il voyait un morceau de viande. Ivan Pavlov lui fit entendre en même temps le son d'un diapason. Après plusieurs essais, le seul son suffit à le faire saliver. Le réflexe conditionné venait d'être découvert.

On connaît moins le **pigeon de Skinner**. Complétant les recherches d'Ivan Pavlov et s'inscrivant dans l'optique du comportementalisme de John Broadus Watson (rappelez-vous la boîte noire), Burrhus Frederic Skinner a introduit la notion de *comportement opérant*. Un pigeon a le choix entre deux leviers. Quand il frappe du bec le levier A, il reçoit une bonne ration de graines. Quand il frappe le levier B, c'est une décharge électrique qui lui répond. Le pigeon, qui n'aime pas se faire pigeonner, n'est pas long à comprendre qu'il vaut mieux frapper le levier A et éviter le levier B. En termes plus scientifiques, le résultat d'un comportement aléatoire induit et stabilise un comportement régulier. C'est l'apprentissage par récompenses et

sanctions (ou renforcements positifs et renforcements négatifs).

Skinner a voulu adapter cette conception à tout le fonctionnement psychique de l'être humain. Il a notamment prétendu que le bébé babillait d'abord au hasard et acquérait le langage en fonction des réponses qu'il recevait de l'environnement. Par leur attention et leur acquiescement (une récompense sociale qui plaît au bébé), ses interlocuteurs renforçaient les émissions correctes et ils éliminaient les émissions incorrectes par leur défaut d'attention. Le grand linguiste américain **Noam Chomsky**, pour qui le cerveau possède des compétences innées, une sorte de grammaire universelle génétiquement programmée par l'évolution, s'est fortement élevé contre les théories de Skinner. Celles-ci ne rendent en effet pas compte de l'infinité des phrases créées de toutes pièces par l'enfant, des phrases qu'il n'a jamais entendues et qui ne peuvent donc être seulement le résultat d'un apprentissage. En relançant l'étude du cerveau comme générateur de pensées nouvelles et non comme simple enregistreur de conditionnements plus ou moins complexes, Chomsky a tourné la page du comportementalisme et ouvert la voie aux modernes **sciences cognitives**.

### ***L'analyse appliquée du comportement***

Cette défaite sur le plan théorique n'a pas empêché les comportementalistes de poursuivre leur application des conceptions de Watson et Skinner à la thérapie sous le nom d'*Applied Behavior Analysis* (ABA). Les différentes thérapies comportementales en sont dérivées.

## *Les thérapies comportementales*

Elles ont toutes pour caractéristiques d'**impliquerr** le thérapeute de manière active, prescrivant des exercices protocolisés – contrairement au psychothérapeute d'inspiration psychanalytique, centré davantage sur l'exploration du désir du patient.

Insatisfaites de la modestie des évaluations statistiques des psychothérapies psychanalytiques qui privilégient trop le rapport interpersonnel et l'effet individuel de ce rapport pour pouvoir mesurer leurs résultats sur des populations de malades réputés identiques, elles cherchent une **justification scientifique** dans des évaluations standardisées. Cette justification scientifique (que les critiques disent alléguée et discutable) a beaucoup contribué au succès des TCC dans l'opinion ainsi que vis-à-vis des compagnies d'assurances et des autorités sanitaires.

## *Les méthodes comportementales*

Elles reposent :

- ✓ sur un premier temps d'**analyse rigoureuse** et d'évaluation du comportement pathologique observable : une phobie, une obsession, un comportement autistique (une automutilation, une écholalie, une stéréotypie, un évitement du regard) ;
- ✓ sur un deuxième temps où le thérapeute, en collaboration avec le patient, fixe des **objectifs mesurables** sur une échelle : la possibilité de se confronter à une situation ou à un objet phobogènes, de résister pendant un

temps mesurable à une impulsion. Pour les enfants autistes, qui n'ont pas la possibilité de choisir des objectifs, ceux-ci sont proposés par les thérapeutes aux parents : développement des attitudes habituellement considérées comme acceptables ou souhaitables en société, disparition des attitudes non souhaitées.

Diverses méthodes sont alors utilisées pour réaliser les objectifs. On a déjà cité les deux premières, particulièrement efficaces contre les phobies :

- ✓ La **désensibilisation** consiste à utiliser une technique de relaxation et à suggérer au sujet de conserver son état de relaxation en évoquant, de manière progressive, une situation phobogène.
- ✓ **L'immersion** consiste à accompagner le sujet dans la situation phobogène et à l'y maintenir jusqu'à ce que l'angoisse, après avoir atteint un plateau, se dissipe naturellement. Dès lors le lien entre le *stimulus* (par exemple se trouver au milieu d'une foule) et l'anxiété est rompu. C'est ce que le psychologue Joseph Wolpe a appelé *l'inhibition réciproque*.
- ✓ Pour les autistes, on utilise le **traitement par récompenses** (plus que par sanctions) pour renforcer et généraliser les comportements désirés par l'entourage.
- ✓ **L'économie de jetons**, utilisée un temps dans certains hôpitaux psychiatriques américains, était fondée sur les mêmes principes. On désignait au patient schizophrène des objectifs à atteindre : être moins négligé dans sa tenue, s'engager avec d'autres patients dans des activités constructives, être moins agressif avec autrui. Des échelles permettaient de spécifier le

niveau atteint. En récompense, le patient recevait un certain nombre de jetons qui lui permettaient de s'« acheter » divers privilèges : la liberté de sortir dans le parc, des permissions, etc. Il semble qu'avec la politique de désinstitutionnalisation ces programmes aient été abandonnés.

✓ L'évaluation et la **promotion des résultats** positifs ont en elles-mêmes un effet thérapeutique en renforçant la confiance du patient dans le traitement et dans le thérapeute.

### *La thérapie cognitive*

Sous l'impulsion principale du psychiatre américain Aaron Temkin Beck, elle a représenté une **introduction des états mentaux du sujet** (croyances, sentiments, intentions) dans des thérapies comportementales au début centrées sur la seule régulation des comportements visibles. Elle fait donc une place plus importante au dialogue avec le patient pour préciser les **schémas** mentaux, souvent préconscients, qui l'habitent. Rappelant certaines des intuitions d'Émile Coué, elle consiste à apprendre au patient à bloquer les pensées négatives et à favoriser les pensées positives. Elle s'adresse principalement aux patients déprimés et ses effets sont mesurés sur des échelles de la dépression élaborées par Beck et qui ont acquis une renommée internationale.

### *Les thérapies systémiques*

Elles représentent une application à la psychothérapie de la **théorie générale des systèmes** principalement élaborée dans les années

quarante à soixante par un biologiste d'origine autrichienne, Karl Ludwig von Bertalanffy.

### ***Les psychothérapies familiales***

On a déjà fait allusion à ce groupe de chercheurs réunis autour de l'anthropologue anglais Gregory Bateson à Palo Alto, près de San Francisco. Étudiant d'abord les communications au sein des familles de schizophrènes, il est à l'origine des psychothérapies familiales systémiques, qui se sont ensuite adressées à des troubles divers, aux limites parfois de la pathologie.

Ces thérapies consistent à réunir tous les membres de la famille vivant sous le même toit et à les inviter à dialoguer le plus spontanément possible en présence de thérapeutes, qui soit participent aux échanges, soit observent et enregistrent ces échanges derrière une glace sans tain (avec l'assentiment de la famille). La famille visionne ensuite l'enregistrement et, avec les thérapeutes, analyse ses modes de communication.



## ***Vous avez dit système ?***

La théorie générale des systèmes s'applique aussi bien à la biologie qu'à la psychologie, à l'économie ou à la sociologie. Elle soutient qu'un système est plus que la somme des éléments qui le composent. Un système est une totalité organisée à laquelle les

interactions entre les éléments constitutifs donnent une complexité qui ne peut se comprendre que de manière globale. On ne peut rendre compte du fonctionnement d'un système en le décomposant en chacun de ses éléments. Dans un système les causes n'ont pas seulement des effets, les effets réagissent sur la cause pour la renforcer ou pour l'affaiblir, ce qui régule le système et l'empêche de déraper. On appelle cela d'un terme anglais le *feedback* (en français « la rétroaction »). Vous trouvez cela bien abstrait et vous n'avez pas tort. Pourtant c'est la théorie des systèmes et ses cousines, la cybernétique (la science des automates) et la théorie de l'information, qui ont donné des modèles mathématiques dont sont issus votre machine à laver et l'ordinateur sur lequel je tape en ce moment. Vous me direz : quel rapport avec la psychiatrie ? La théorie des systèmes permet de comprendre pourquoi un dimanche en famille peut se passer bien ou mal. Les membres d'une famille ont leurs propres idées, leurs croyances, leurs sentiments. Ils se retrouvent avec leurs propres préoccupations. Mettez-les ensemble autour d'une table et faites-les communiquer entre eux. Il se dégage alors une atmosphère qui est l'ambiance de cette famille à ce moment et qui est autre chose que la somme des pensées, croyances et sentiments de chacun de ses membres. L'approche systémique s'intéresse alors moins au contenu des messages qu'échangent les membres de cette famille qu'à leur manière de communiquer entre eux, d'agir et de

rétroagir les uns sur les autres. Même si on lave quelquefois son linge sale en famille, ça ne veut pas dire toutefois que le fonctionnement de la vôtre se réduit à celui d'un lave-linge.

Dans leurs formes actuelles, les thérapies systémiques utilisent aussi des exercices où les sujets reçoivent de la part des thérapeutes des injonctions qui les placent dans des situations paradoxales – par exemple faire exprès de manifester un symptôme ou un trouble de la communication dont on veut se débarrasser. Ces injonctions paradoxales corrigent les fonctionnements anormaux en déstabilisant le système pour l'aider à conquérir un équilibre plus satisfaisant.

L'objet de la thérapie n'est pas tel patient identifié – considéré comme un symptôme du dysfonctionnement de la famille –, mais le comportement global du système familial et les mécanismes que le système dans son ensemble met en œuvre pour maintenir son équilibre, ce qu'on appelle d'un terme emprunté à la biologie : son *homéostasie*. L'homéostasie du système ne peut parfois être préservée qu'en utilisant des stratégies coûteuses en énergie et sources d'inconfort. D'où le recours au thérapeute.

### ***Quelques exemples de distorsions***

✓ Vous connaissez déjà le *double bind* (en français « double impasse » ou « double contrainte »), considéré comme caractéristique des familles de schizophrènes (sans qu'on puisse dire qui a commencé du schizophrène ou de sa famille – toujours

l'œuf et la poule : le systémisme récuse par principe la causalité linéaire directe). Rappelez-vous : un des protagonistes adresse à l'autre un double message contradictoire. Le message explicite « embrasse-moi » est contredit par un message implicite « ton baiser me dégoûte ». L'interdiction de commenter place le récepteur dans une position impossible.

✓ La **pseudo-mutualité** est un fonctionnement du même ordre. La famille doit masquer dans ses communications tout signe d'hostilité. Un retrait est qualifié de témoignage d'affection.

✓ Les membres de la famille peuvent contracter à plusieurs des coalitions contre d'autres membres de la famille. Ces **schismes** sont déniés au nom du mythe de la famille unie et entretiennent des **déviations** (en anglais *skews*) dans les communications au sein de la famille.

✓ Le **commentaire en situation thérapeutique** de ces distorsions permet de les dépasser et d'éviter leur retour régulier.

### *L'extension des thérapies familiales*

Les thérapies familiales ont ensuite été étendues à la famille élargie, prenant en compte non seulement l'actualité des échanges tels qu'ils peuvent être observés et enregistrés, mais aussi les souvenirs qu'en gardent les uns et les autres à l'origine de **mythes familiaux**.

Elles ont été aussi généralisées, notamment par le psychiatre belge Mony Elkaïm, en **thérapies de réseau** s'adressant aux habitants d'un quartier en difficulté. On est ici à la limite de la psychiatrie,

avec le risque de psychiatriser les problèmes sociaux.

### *Les thérapies de couple*

Elles réduisent au contraire au couple la pratique des entretiens conjoints, mais reprennent les principes de la psychothérapie familiale.

### *Quand les psychanalystes s'en mêlent*

La famille, comme tout groupe, plus que tout groupe, est un lieu d'élaboration de fantasmes collectifs. Recentrant leur attention sur le contenu des échanges et pas seulement sur le comportement communicatif, des psychanalystes, dans la suite du Français Paul-Claude Racamier, se sont intéressés aux processus inconscients qui sous-tendent ce comportement. Les psychothérapies familiales psychanalytiques ont trouvé de nombreuses indications, principalement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, notamment dans l'anorexie mentale.

## *Une psychothérapie sans nom*

C'est probablement la plus couramment pratiquée par les psychiatres malgré le besoin de chacun de se référer à une doctrine et à une technique au nom déposé.

- ✓ Tout psychiatre aujourd'hui, s'il n'est pas un anti-psychanalyste doctrinaire, tient nécessairement compte des **déterminations inconscientes** et des **fantasmes**.
- ✓ Il ne peut pas non plus éviter de manifester son approbation à certains comportements qui

vont dans un sens souhaitable pour le bien-être de son client et de désapprouver ceux qui lui paraissent nuisibles. Par-là, en utilisant la position d'autorité que le patient transférentiellement lui attribue, il **renforce positivement ou négativement** ces comportements.

✓ Il doit évidemment prendre en considération les effets du patient sur son entourage et les effets de cet entourage sur le patient, donc un **système d'interactions** qui forme le contexte du traitement.

✓ À la recherche malgré tout d'une dénomination, certains ont voulu baptiser *intégrative* ou *éclectique* cette psychothérapie **humaniste** pratiquée par tous ceux dont la profession est d'aider psychologiquement leur semblable en utilisant la relation avec lui comme instrument thérapeutique.

✓ On pourrait qualifier simplement cette thérapie relationnelle de *soin psychique*. Elle est soutenue par des attitudes psychothérapeutiques de base que le psychologue américain Carl Rogers a cherché à décrire en comparant des enregistrements de psychothérapies d'écoles différentes.

### ***Les attitudes psychothérapeutiques de base***

Carl Rogers en a isolé quatre : l'acceptation inconditionnelle, la considération positive, la congruence et l'empathie. Ces quatre attitudes paraissent communes à tous les psychothérapeutes, quelle que soit leur orientation, lorsqu'ils se montrent efficaces – Carl Rogers a développé des méthodes d'**autoévaluation** par les patients eux-mêmes pour mesurer l'effet des psychothérapies.

### ***L'acceptation conditionnelle***

Le psychothérapeute accepte son patient tel qu'il est. Il n'approuve pas forcément son comportement, la manière dont il mène sa vie, mais il ne met aucune condition à la poursuite du traitement et au maintien de son attention bienveillante.

### ***La considération positive***

Le psychothérapeute fait confiance à son patient. Il pose comme postulat que le patient a en lui les capacités nécessaires pour progresser dans le sens qu'il souhaite. Il lui attribue, par principe, une force de croissance (en anglais *growth*) qui, si elle est libérée, doit le conduire à devenir une personne avec davantage d'autonomie, fonctionnant avec davantage de plénitude.

### ***La congruence***

Pour avoir un effet favorable, les attitudes d'acceptation inconditionnelle et de considération positive ne doivent pas être feintes. Elles doivent tendre à correspondre authentiquement aux croyances et aux sentiments éprouvés par le psychothérapeute (c'est évidemment un idéal !).

### ***L'empathie***

L'empathie est, avons-nous dit, distincte de la sympathie, c'est l'art de se mettre à la place de l'autre pour tenter de voir le monde comme il le

voit, sans forcément partager ses sentiments ni se perdre dans une fusion affective avec lui. En communiquant au patient ce qu'il perçoit de lui, le psychothérapeute induit chez le patient un processus d'autoempathie. En se sentant compris par un autre, le patient élargit sa compréhension de lui-même et du monde qui l'entoure. Même le thérapeute comportementaliste, qui suit un protocole pour atteindre ses objectifs, doit faire preuve d'empathie s'il veut comprendre le retentissement des symptômes sur l'existence du patient et s'il entend s'assurer sa collaboration dans la fixation des objectifs.

### *Un travail sur soi*

Les attitudes thérapeutiques de base ne vont pas de soi. Elles sont continuellement **mises en péril** par les motions agressives, les jugements critiques, l'impatience, le désespoir qui saisissent le thérapeute, comme tout être humain. D'où l'importance d'un travail sur soi pour développer et maintenir l'acceptation, la considération positive, surtout la congruence et l'empathie. On sait de plus, avec les patients de type psychotique, qu'un certain nombre d'affects ressentis par le thérapeute sont un effet des projections du patient qui, par des signaux infimes, contamine son thérapeute en lui communiquant directement certaines de ses angoisses. Cette **contagion psychique**, qui peut envahir le thérapeute au point de le paralyser, peut aussi, s'il en prend conscience et s'il sait l'élaborer, être un moyen de connaissance de ce que vit le patient. Elle renforce donc l'empathie.



## Empathie ou mystification

Les travaux neuroscientifiques modernes ont montré que l'empathie reposait sur une simulation involontaire du vécu d'autrui, à travers la perception que l'on a des mouvements de l'autre associés aux émotions (des pleurs, un rire, une agitation). On a isolé ainsi dans le cerveau des *neurones miroirs* qui font automatiquement imiter ces mouvements lorsqu'on les perçoit. À eux seuls ils ne suffisent pas à expliquer l'empathie, mais ils en expliquent certains éléments. Assez, je l'espère, pour que vous ne me preniez pas pour un gogo adepte d'une télépathie occulte quand je vous parle de contagion psychique soigné-soignant.

### *La psychothérapie institutionnelle*

Elle mérite une place à part dans l'arsenal des traitements psychologiques qui peuvent se développer dans son sein comme une forme sur un fond ou des contenus dans un contenant. Appelée *milieu therapy* dans le monde anglo-saxon, on en a déjà raconté la naissance et rappelé les grands principes.

Elle s'adresse aux sujets souffrant de troubles psychiques sévères (psychotiques ou autistes), dont l'état nécessite le recours à une **équipe multidisciplinaire** associant médecins

psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs et rééducateurs, travailleurs sociaux.

Dans ce collectif thérapeutique, le patient trouve plusieurs interlocuteurs dont les interventions et points de vue se différencient et s'articulent en un **récit** des expériences vécues entre soignants et soignés **au sein d'un cadre institutionnel**.

On verra plus loin que les institutions à **temps partiel** voire très partiel ont pris, de plus en plus aujourd'hui, le relais des hôpitaux à plein-temps. On a pu croire de ce fait que la psychothérapie institutionnelle était devenue obsolète. Il n'en est rien. Les patients atteints de troubles psychiques sévères n'ont généralement pas la capacité de se prêter d'emblée ou seulement à une psychothérapie duelle ou groupale isolée qui nécessite en préalable :

- ✓ une demande personnelle ;
- ✓ une possibilité d'expression et d'élaboration de la souffrance psychique ;
- ✓ une ouverture critique à une réflexion sur soi.

Les patients nient souvent leur pathologie, attribuent leur souffrance à l'incompréhension ou à la persécution des autres, préfèrent passer à l'acte pour se débarrasser des conflits qui les habitent. Le but de la psychothérapie institutionnelle est alors de **déplier un espace psychique rétréci**, de l'ouvrir à des interrogations nouvelles sur soi et sur les autres.

### ***La différenciation***

Un programme institutionnel fait généralement se succéder un certain nombre d'activités régulières,

souvent dénommées *ateliers*. Il peut s'agir d'un atelier d'expression artistique, d'une activité ergothérapique, etc. Pour les enfants ce peut être une classe, une séance d'orthophonie ou de psychomotricité. Il peut s'agir aussi d'un groupe de parole ou d'une séance de psychothérapie plus formelle.

Il importe que ces activités reviennent de manière prévisible avec un **horaire précis**, mais il importe aussi qu'elles soient clairement différenciées les unes des autres. Les pathologies psychiatriques sévères tendent en effet à sécréter autour d'elles une sorte de chaos, un univers sans forme où tout revient au même, dans une homogénéisation massive. Les **différenciations** instituées par un programme s'opposent à ce chaos. Elles ordonnent un coin du monde où le patient apprend à distinguer ce qui se passe ici de ce qui se passe là.

### ***L'articulation***

Il est ensuite nécessaire que les activités dûment différenciées qui composent le programme institutionnel soient articulées entre elles. Cette **articulation** repose sur le travail d'équipe :

- ✓ Dans les réunions d'équipe, les différents agents de l'institution se communiquent leurs observations, échangent leurs points de vue.
- ✓ Le patient psychotique ou autiste, quand il arrive à percevoir des différences, a tendance à cliver le monde en unités juxtaposées, séparées les unes des autres par une cloison étanche. En découvrant les échanges des soignants à son sujet, il se met à considérer le monde qui l'environne comme composé

d'éléments non seulement différents, mais qui communiquent entre eux.

➤ Cette distinction et cette articulation ont des effets sur son activité mentale. Avec l'aide des soignants, il apprend en effet à évoquer ici ce qui s'est passé ou ce qui va se passer là, à penser aux absents (à ceux d'à côté ou de tout à l'heure) en présence des présents. En somme, l'ici prend sens par opposition à l'ailleurs.



## Quand on s'entend sans se voir

Benoît était un enfant qu'on dirait aujourd'hui du « spectre autistique », fermé aux autres, perdu dans un monde indifférencié et répétitif d'où aucune situation n'émergeait comme particulière. Toutes les femmes, en dehors de sa mère, étaient des « tatas ». Dans l'institution à temps partiel qui le recevait et qui venait compléter une scolarisation difficile en maternelle, il rencontrait, à heures fixes, une psychologue et, à d'autres heures, une orthophoniste. Les deux occupaient des bureaux voisins, séparés par un mince galandage. Quand il était avec l'une, il pouvait entendre l'autre recevoir un autre enfant. Il y prêta peu à peu attention. « T'entends ? » se mit-il à dire à celle qui le recevait. Il commença ainsi à nommer l'absente en s'adressant à la présente. Cette différenciation s'appliqua

ensuite aux activités différentes qu'il avait avec l'une et avec l'autre. Un jour, après bien des mois de traitement, alors que spontanément et sans trop réfléchir sa psychothérapeute venait de corriger un défaut de syntaxe dans son discours, il lui répondit finement : « Mais tu n'es pas orthophoniste. » Témoin des échanges à son sujet entre les deux professionnelles, au moment du passage de l'une à l'autre, il établit petit à petit des liens entre les deux activités en demandant à l'une de raconter à l'autre ce qu'ils venaient de vivre ensemble. Ainsi, s'appuyant sur ces échanges, il se constituait peu à peu un récit intérieur, devenait capable de raconter sa vie à lui-même et à d'autres, d'être l'auteur de ses pensées. Adulte, il mène aujourd'hui, avec le soutien de sa famille, une existence quasi normale, relativement bien adaptée dans la société. Il a même une petite amie.

### ***La narration***

Les conditions sont alors remplies pour une **mise en histoire** de la vie quotidienne, vécue dans l'institution par le patient en relation avec les soignants.

Cette **vie quotidienne** – souvent aujourd'hui quelques heures par jour, parfois seulement une ou deux demi-journées par semaine – représente une sorte de laboratoire où le patient est amené à rejouer, comme dans un psychodrame mais en

décor naturel, sa manière habituelle de se comporter, de sentir et de penser.

À travers les événements qui tissent son aventure dans l'institution, il peut avec l'aide des soignants construire un **récit qui donne du sens** à cette aventure : ceci est arrivé du fait de cela. Cette pensée n'a pas surgi de nulle part. Cette émotion n'est pas un brusque sursaut aléatoire, un automatisme purement organique (comme une éructation ou un mouvement intestinal). Elle n'est pas non plus l'effet d'ondes étrangères, d'une machine à influencer. Elle veut dire quelque chose de personnel, elle est en lien avec ce qu'on sent, ce qu'on veut, ce qu'on est et aussi ce que sentent, veulent, sont les autres, soignants et soignés, au sein du collectif institutionnel.

Cette émotion peut aussi être reliée avec une histoire plus ancienne, avec une façon de réagir qui plonge ses racines dans d'autres éprouvées, qui alors reviennent en mémoire. Elle prend une **dimension subjective**.

### ***Le cadre institutionnel***

Différenciation, articulation et narration sont tributaires d'un **cadre**, c'est-à-dire d'un ensemble de règles socialement reconnues. L'institution, quelle que soit sa forme ou son nom – hôpital de jour, centre psychothérapique, communauté thérapeutique –, est désignée par la société comme un **lieu spécifique** où des gens sont payés pour en aider d'autres à trouver et à donner du sens au flux de conscience qui les traverse, aux idées en morceaux, aux sentiments discordants, aux images inquiétantes qui les assaillent.

Ces gens sont reliés entre eux par des **déterminations psychosociales** : rôles et statuts. Ils ont chacun leur place et leur fonction et entretiennent entre eux des systèmes de rapports institués.

Les patients peuvent se rebeller contre ce cadre, mais en luttant contre lui ils éprouvent sa résistance, sa cohérence et, dans les bons cas, l'intègrent et s'appuient sur cette cohérence et sur cette solidité pour construire leur propre cohérence.

### ***L'analyse institutionnelle***

Pour que ce cadre institutionnel reste cohérent et solide, surtout pour qu'il ne se fossilise pas en routines stériles, reste vivant et susceptible de transformations, le travail sur soi indispensable à chaque thérapeute doit être poursuivi par un **travail d'équipe**. En analysant sa pratique et les effets sur cette pratique des émotions collectives de fascination, de peur ou de rejet, suscitées par la proximité affective avec des patients difficiles qui mettent parfois à rude épreuve la tolérance des soignants, l'équipe détecte et corrige les **conflits latents**, dépiste les rigidifications défensives du fonctionnement de l'institution.

## Chapitre 22

# Les traitements biologiques

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Connaître les principaux médicaments antipsychotiques, leurs avantages et leurs effets secondaires
  - ▶ Connaître les principaux antidépresseurs, leurs avantages et leurs effets secondaires
  - ▶ Connaître les principaux régulateurs de l'humeur, leurs avantages et leurs effets secondaires
  - ▶ Connaître les principales benzodiazépines, leurs avantages et leurs effets secondaires
- 

### *Peu de changements récents*

Un petit effort de mémoire : nous avons laissé les traitements biologiques dans les années soixante, au moment de la découverte des principaux médicaments dits **psychotropes**, appelés parfois « médicaments de l'esprit ». Cette découverte entraîna l'abandon heureux de la psychochirurgie (cette honte de la psychiatrie) ainsi que la désaffection pour l'électrochoc et la cure de Sakel (les comas déclenchés par l'insuline). Il faut

reconnaître qu'il y a eu depuis peu de changements.

### ***La psychochirurgie***

Avec les progrès considérables des sciences et de la chirurgie du cerveau, on reparle parfois de psychochirurgie, mais seulement très localisée et dans des programmes de recherche où on lui préfère d'ailleurs la mise en place d'**électrodes** pour stimuler des zones précises ou encore une nouvelle technique beaucoup moins invasive : la **stimulation magnétique transcrânienne**. Ces techniques – dont l'usage encore une fois reste limité à des programmes de recherche – ont l'avantage de ne pas créer de dommages définitifs.



## **Un aimant pour attirer les mauvaises pensées**

La stimulation magnétique transcrânienne (TMS) consiste à développer un champ magnétique en posant un électroaimant sur le cuir chevelu. On sait aujourd'hui localiser ce champ magnétique de manière à stimuler ou à inhiber précisément les zones cérébrales qui se trouvent dessous. La TMS a été utilisée, jusque-là avec des résultats modestes, dans le traitement de certaines dépressions. Elle est surtout utilisée par les chercheurs en sciences cognitives qui peuvent arrêter ainsi

temporairement (et sans danger) le fonctionnement d'un réseau cérébral et, en voyant ce que cela modifie dans l'ensemble du fonctionnement mental, mieux comprendre l'usage de ce réseau.

### ***L'électrochoc***

Presque abandonné pendant plusieurs années, il connaît une nouvelle faveur. Il est pratiqué dans des conditions plus humaines et plus sûres, avec la collaboration d'un **anesthésiste**. Il est employé avec succès dans les dépressions résistantes aux médicaments.

### ***Les médicaments***

Les médicaments eux-mêmes se sont perfectionnés avec des **effets secondaires moindres**. Malgré les proclamations des compagnies pharmaceutiques et un intense marketing pour étendre leurs indications, on ne peut pas dire qu'ils aient connu une véritable révolution sur le plan de leur efficacité. Le seul point véritablement nouveau est leur **banalisation**, au point qu'au moins deux d'entre eux, le Valium<sup>®</sup> et le Prozac<sup>®</sup>, sont devenus des termes courants dans le langage quotidien.

Les médicaments psychotropes restent toujours répartis en **quatre grandes catégories** :

- ✓ les antipsychotiques (nouveau nom des neuroleptiques) ;
- ✓ les antidépresseurs ;
- ✓ les régulateurs de l'humeur ;
- ✓ les benzodiazépines.

Au risque de se répéter, on décrira brièvement à nouveau ces quatre catégories.

Les **hallucinogènes** (le LSD, le diéthylamide de l'acide lysergique, mieux connu sous le nom simplifié d'« acide », et les dérivés de certains champignons ou cactus, comme la mescaline tirée du peyotl) ont rejoint, avec les amphétamines, la liste des substances illicites et ne sont plus employés en psychiatrie. Une seule famille a échappé à la purge : celle des **psychostimulants**, proches des amphétamines, dont le chef de file est la ritaline, indiquée et controversée on l'a vu dans les troubles de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

Tous ces médicaments, contrairement à ce qui se passe de plus en plus ailleurs en médecine, ont la particularité d'être purement **symptomatiques**. Comme l'aspirine vis-à-vis de la douleur ou de la fièvre, ils traitent l'agitation, l'anxiété ou l'humeur dépressive. Pour être complet dans ce résumé, rappelons aussi l'utilisation, également controversée, des **antihormones androgènes** chez certains agresseurs sexuels.

## *Les antipsychotiques*

Ce sont les premiers médicaments efficaces introduits en psychiatrie. Une certaine mode antipsychiatrique des années soixante et soixante-dix les avait voués au pilori. En réaction, la publicité des laboratoires aidant, on ne jure plus que par eux. Il faut peut-être trouver un point d'équilibre car ils peuvent représenter à la fois le meilleur et le pire.

## *Un faux problème*

Avec la découverte de la chlorpromazine (le Largactil<sup>®</sup>) dans les années cinquante, les médicaments antipsychotiques ont, vous le savez, profondément modifié l'ambiance des services de psychiatrie et permis l'**ouverture d'un dialogue** avec des patients jusque-là reclus dans leur délire et soumis, lorsqu'ils s'agitaient, à la contention physique (la camisole) ou à une narcose par injection de barbituriques.

De bons esprits ont fait remarquer que l'ambiance avait commencé à changer bien avant leur découverte et qu'on n'avait pas attendu, à Saint-Alban ou ailleurs, d'avoir sous la main ces médicaments miracles pour commencer à se parler entre soignants et soignés.

La question de savoir si ce sont les médicaments qui ont permis le dialogue ou si c'est le dialogue enfin initié qui a créé un terrain favorable à l'action médicamenteuse est à l'origine de discussions infinies sans grand intérêt. Le médicament et le climat relationnel qui accompagne sa prise sont indissociables. Il est vain d'opposer traitement psychologique et traitement chimique. Il est plus productif de les associer.

## *Des médicaments mal nommés*

Le terme d'*antipsychotique*, qui prévaut aujourd'hui, laisse entendre que les médicaments jadis appelés *neuroleptiques* soignent la **schizophrénie** aussi directement que les antipaludéens soignent le paludisme ou que les

antibiotiques soignent les infections microbiennes.  
Qu'en est-il en réalité ?

On s'est aperçu que les antipsychotiques se fixaient dans le cerveau sur les récepteurs d'un neuromédiateur, la **dopamine**. Ils prenaient sa place et neutralisaient ses effets. On a cru alors que la schizophrénie était liée à un excès de dopamine dans les synapses et que les antipsychotiques soignaient les schizophrènes en diminuant l'activité de ce neuromédiateur. L'hypothèse, trop simplificatrice et probablement fautive, a fait long feu.

Évitons de céder à des mythes. Les antipsychotiques ne soignent pas la schizophrénie. Ce sont des **tranquillisants majeurs** qui agissent à de nombreux niveaux et réduisent seulement les symptômes : l'agitation, l'angoisse, aussi bien dans des états chroniques comme la schizophrénie que dans des états aigus comme les bouffées délirantes ou les accès maniaques. Vous savez maintenant à quoi correspondent ces termes. Surtout, les antipsychotiques induisent un certain **état de détachement**. Ils ne semblent pas faire vraiment disparaître le délire ou les hallucinations, mais rendent le sujet plus indifférent à leur présence. Les voix et les idées étranges sont toujours là, le patient s'en inquiète moins et éprouve donc moins le besoin de s'agiter ou de s'isoler.

La **rispéridone** (le Risperdal<sup>®</sup>) et l'**olanzapine** (le Zyprexa<sup>®</sup>), des antipsychotiques de deuxième génération, ont la réputation de lutter contre les symptômes négatifs, de permettre au malade de recouvrer un certain esprit d'initiative et de

trouver davantage d'intérêt dans ses relations avec les autres. Il n'est pas certain que ces améliorations soient dues à l'effet direct des médicaments. En diminuant l'anxiété et l'agitation, les antipsychotiques permettent aux soignants et aux soignés d'avoir moins peur les uns des autres et de s'engager ensemble dans des activités et des échanges qui peut-être sont les antagonistes les plus efficaces de l'apragmatisme (la perte de l'esprit d'entreprise) et du retrait social.

La **clozapine** (ou Leponex<sup>®</sup>) est un ancien médicament qui avait été abandonné en raison de sa toxicité pour les globules blancs. Il est revenu à la mode car il est actif chez des patients qui ne répondent pas aux autres antipsychotiques. Il semble assurer un meilleur filtrage des stimulations qui dérangent le schizophrène. Il agit en somme comme des lunettes de soleil vis-à-vis d'une lumière trop forte pour des yeux sensibles. Son administration nécessite des contrôles sanguins réguliers.

### ***Une collaboration indispensable avec les patients***

Les médicaments antipsychotiques agissent très différemment selon les individus. Plutôt que de s'interroger sur le vécu du patient qui reçoit un traitement chimique, on a eu trop tendance à majorer les doses lorsque l'effet souhaité n'était pas obtenu ou à aligner des cocktails de médicaments. Les doses excessives et la multiplication des produits entraînent un sentiment de « **camisole chimique** » contre lequel le patient lutte, ce qui aggrave ses troubles plutôt que de les atténuer.

À l'inverse un médicament qui commence à agir favorablement détermine chez celui qui le reçoit un mouvement affectif de **confiance**, qui peut s'ajouter à l'effet purement chimique et le majorer. On insiste beaucoup aujourd'hui sur l'évaluation par le patient lui-même de ressentis extrêmement variables d'un sujet à l'autre. Ne serait-ce que pour obtenir la **compliance** (l'observance des prescriptions thérapeutiques), une alliance thérapeutique est ici aussi indispensable que dans une psychothérapie. Elle est parfois longue à établir, d'où l'utilisation **d'antipsychotiques dits à effet retard** en injection bimensuelle ou mensuelle. Curieusement certains patients préfèrent se soumettre ainsi au pouvoir médical plutôt que de reconnaître leur pathologie en participant directement au traitement par l'ingestion volontaire de leur médication, ce qui les humilie. Un traitement psychiatrique comporte toujours une dimension psychologique : la manière de donner, la manière de prendre influencent l'efficacité biologique.

### *Les effets secondaires*

Tous les médicaments ont des effets indésirables. Ici plus qu'ailleurs, le patient doit en être averti.

### *Les effets immédiats*

Les antipsychotiques peuvent entraîner un certain nombre de conséquences immédiates :

- ✓ une sécheresse de la bouche ;
- ✓ un défaut d'érection ;
- ✓ parfois des éruptions cutanées et une sensibilité accrue aux coups de soleil ;

➤ surtout des symptômes évoquant la maladie de Parkinson : une raideur et un ralentissement des mouvements, un besoin de bouger sans arrêt avec impatience musculaire, des tremblements.

Ces effets défavorables peuvent disparaître en diminuant les **doses** ou en utilisant d'autres **médicaments** dits **correcteurs**. Les antipsychotiques de deuxième génération, qu'on utilise préférentiellement aujourd'hui, ont la réputation de donner moins d'effets secondaires immédiats. C'est peut-être simplement parce qu'on a appris à réduire les doses.

### *Les effets à long terme*

Ils peuvent être **inquiétants** et il n'est pas certain que les nouveaux antipsychotiques soient moins nocifs que les anciens. Les effets à long terme doivent rendre prudent dans l'administration de drogues au long cours. Ce sont :

- la prise de poids et le diabète ;
- les effets hormonaux (une sécrétion augmentée d'une hormone qui donne une congestion des seins et un écoulement lacté, même chez l'homme) ;
- des mouvements anormaux de la face et de la bouche ;
- des anomalies cardiaques qui peuvent abrégé la vie.

### *L'extension des indications*

On peut donc s'inquiéter aujourd'hui de l'extension des indications des antipsychotiques bien au-delà des psychoses chroniques ou aiguës. On les emploie également dans les troubles

obsessionnels compulsifs (TOC), dans les troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent, dans l'autisme et de plus en plus pour corriger une crise d'agitation ou des manifestations d'anxiété, quelle qu'en soit l'origine. On a vu conseiller, ce qui est pire, leur utilisation pour éviter une évolution pathologique chez un sujet encore sain mais considéré à risque. Cet élargissement de l'usage de produits qui sont loin d'être inoffensifs est favorisé par la nouvelle édition de la nomenclature américaine, le DSMV qui élargie le spectre de la pathologie mentale, ce contre quoi s'élèvent des voix de plus en plus nombreuses.

## **La schizophrénie, une maladie mortelle ?**

De nombreuses enquêtes le confirment : la durée de vie des schizophrènes est largement inférieure à celle de la population générale. Il y a sans doute bien des raisons à cette espérance de vie réduite : la désocialisation d'un certain nombre de sujets, clochardisés, dénutris, dont le nombre croît avec la fermeture progressive des hôpitaux psychiatriques, l'usage des toxiques (drogue, alcool), les suicides. On ne peut toutefois négliger l'effet des médicaments pris pendant de longues années. Les schizophrènes traités de manière continue aux antipsychotiques deviennent souvent obèses et diabétiques, vieillissent plus vite. La mort subite autour de la cinquantaine, probablement par atteinte cardiaque, n'est pas rare.

## *Les antidépresseurs*

### *Encore un nom usurpé*

On se rappelle qu'ils ont été **découverts par hasard**, en testant d'une part un antipsychotique supposé, d'autre part un dérivé d'un antituberculeux. Leur nom est là encore usurpé. Ils agissent moins sur la dépression que sur les symptômes physiques qui l'accompagnent :

- ✓ perte d'appétit ;
- ✓ trouble du sommeil ;
- ✓ manque d'énergie ;
- ✓ surtout ralentissement psychomoteur.

L'amélioration des symptômes psychologiques de la dépression – tristesse, culpabilité, idées d'incurabilité ou de ruine – ne serait que la conséquence de cette amélioration physique. Cela expliquerait le délai de plusieurs semaines qui s'écoule habituellement entre leur prescription et la diminution de l'état dépressif proprement dit.

### *Toujours des impasses biologiques*

Les premiers antidépresseurs, les antidépresseurs tricycliques (ainsi nommés, rappelons-le, à cause de leur formule chimique) et les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) augmentent la concentration d'un neuromédiateur, la **noradrénaline**, dans les synapses. On en déduit que la dépression était liée à un manque de noradrénaline.

D'autres recherches conduisirent à mettre en cause un défaut de concentration d'un autre médiateur : la **sérotonine**. On mit donc au point

des produits chimiques susceptibles d'augmenter le taux de sérotonine : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).

## Pour les passionnés de neurochimie

La noradrénaline fait partie du groupe des catécholamines qui comporte aussi la dopamine et l'adrénaline (cette hormone sécrétée par les surrénales dans les états de stress, mais qu'on retrouve aussi dans le cerveau comme neuromédiateur). Les catécholamines sont chimiquement des monoamines au même titre que la sérotonine, un autre neuromédiateur. Toutes comportent dans leur formule un unique (mono) radical *-amine* composé d'un atome d'azote et de deux d'hydrogène. Le taux des monoamines dans la fente synaptique est régulé par deux mécanismes. D'une part, une fois sécrétées par un neurone A en direction d'un neurone B, les monoamines font l'objet d'une *recapture*. Elles retournent d'où elles viennent. D'autre part, les monoamines sont détruites par un enzyme : la monoamine oxydase. Les antidépresseurs tricycliques inhibent la recapture des monoamines, principalement de la noradrénaline. Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), comme leur nom l'indique, inhibent la monoamine oxydase. Les derniers en date des antidépresseurs sont réputés inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Voilà

vous savez tout... ou presque, parce que cela reste encore très compliqué.

Aucune de ces théories ne s'est révélée justifiée. Le lien direct entre l'action des antidépresseurs sur les neuromédiateurs et l'amélioration d'un état dépressif n'est toujours pas établi.

### *Dans la pratique*

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) sont beaucoup moins prescrits aujourd'hui. Ils ont l'inconvénient de pouvoir entraîner des **accidents hypertensifs** lors de la consommation de certains aliments comme les fromages fermentés. Les antidépresseurs tricycliques actifs sur les dépressions sévères sont surtout employés **en milieu hospitalier**, souvent en injection au début du traitement. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) comme le Prozac<sup>®</sup> ou le Déroxat<sup>®</sup> sont devenus les antidépresseurs de choix des médecins généralistes. Ils sont **mieux tolérés**, mais leur efficacité est discutée.

Comme tout médicament, les antidépresseurs ont des **effets indésirables**, en particulier la sécheresse de la bouche, les troubles urinaires et la prise de poids. Leur toxicité à haute dose impose une surveillance particulière en cas de risque suicidaire.

L'extension du domaine des troubles psychiques est ici aussi responsable d'une **surconsommation**. On peut être triste pour diverses raisons sans devoir pour autant se droguer au Prozac<sup>®</sup> ou à ses

équivalents. La meilleure indication est peut-être un état de tristesse et de manque d'énergie dont on ignore la cause. Un traitement médicamenteux ne doit pas empêcher d'aller par ailleurs consulter un psychothérapeute.

Les antidépresseurs ont vu leurs indications élargies aux troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ainsi qu'aux attaques de panique, ces crises d'angoisse massive avec ou sans agoraphobie. Ils peuvent être associés aux antipsychotiques dans certaines formes de la schizophrénie où l'élément dépressif joue un rôle important.

## *Les régulateurs de l'humeur*

### *Le lithium*

L'usage des sels de lithium pour traiter les **accès maniaques récurrents** a mis longtemps à s'imposer. D'une part leur toxicité rendait leur administration difficile. D'autre part, le lithium étant un métal abondamment présent dans la nature sous forme de composés, le médicament bon marché n'intéressait pas les compagnies pharmaceutiques. En faisant précéder la prescription d'un bilan somatique soigneux pour éliminer les contre-indications (une maladie rénale ou thyroïdienne), en dosant ensuite régulièrement le taux dans le sang, le lithium est enfin devenu, depuis les années quatre-vingts, le médicament de référence des états maniaques. Sa prise régulière évite les rechutes maniaques ou dépressives chez les sujets atteints de cette maladie connue depuis Emil Kraepelin sous le

nom de *psychose maniaco-dépressive*. Le lithium a changé la vie de personnes qui étaient contraintes périodiquement de faire un séjour hospitalier, quelquefois après avoir mis leur existence en péril en s'adonnant à des dépenses inconsidérées ou en semant le désordre autour d'elles par leur exaltation et leurs initiatives intempestives.

### ***Les antiépileptiques***

C'est alors qu'on découvrit l'effet voisin de plusieurs médicaments antiépileptiques : principalement la **carbamazépine** (Tégréto<sup>®</sup>) et les dérivés de l'**acide valproïque** (Dépakine<sup>®</sup> et Dépamide<sup>®</sup>). Plutôt moins efficaces que le lithium, ces médicaments ont l'avantage de pouvoir être prescrits plus largement – ils ont moins de contre-indications – et de nécessiter moins de précautions dans leur administration. Ils sont de plus économiquement beaucoup plus rentables.

### ***L'explosion des troubles bipolaires***

D'où une explosion des troubles bipolaires, déjà mentionnée comme un véritable *disease mongering* (la « fabrication-vente d'une maladie »). Ne faisant pas recette dans sa définition rigoureuse, la psychose maniaco-dépressive a disparu des classifications américaines. Un grand nombre de schizophrénies mais aussi d'accès dépressifs banals ont été requalifiés en *troubles bipolaires*. Il en a été de même pour des troubles du comportement chez l'enfant. Aujourd'hui bien des gens qui connaissaient parfois des passages à vide ou de

petits moments où ils étaient plus entreprenants et peut-être un peu excités se désignent eux-mêmes comme bipolaires, s'inscrivent dans des associations, se retrouvent sur des sites Internet et accessoirement se font prescrire par leur généraliste de la Dépakine<sup>®</sup> ou du Tégrétol<sup>®</sup>.

## *Les benzodiazépines*

### *Leurs modes d'action*

Les benzodiazépines ont trois types d'actions qui ont conduit à spécialiser certaines d'entre elles dans l'une ou l'autre de ces actions.

### *L'anxiolyse*

La découverte des benzodiazépines a représenté une avancée majeure dans le traitement de l'angoisse. Les benzodiazépines, beaucoup mieux tolérées, ont pu remplacer les neuroleptiques en particulier dans le traitement des **troubles anxieux mineurs** de type névrotique (névrose d'angoisse ou névrose phobique). Elles restent aujourd'hui le traitement de choix de l'anxiété, cette crainte du retour d'une crise d'angoisse.

### *La sédation*

C'est l'ensemble des procédés qui visent à assurer, à un sujet en difficulté, un **état de confort et de calme**. Elle est notamment utilisée par les anesthésistes avant une intervention chirurgicale.

En psychiatrie les benzodiazépines ont pris le relais des barbituriques pour traiter les **troubles du sommeil**. Les barbituriques induisaient un sommeil artificiel : la narcose. Ils entretenaient une dépendance et étaient plus dangereux en cas de surdosage. Les benzodiazépines (ou leurs dérivés) permettent un endormissement plus naturel. Elles sont largement utilisées pour traiter un état de grande agitation par une tranquillisation rapide, notamment dans le sevrage alcoolique. C'est le traitement de base du *delirium tremens*.

### ***La myorelaxation***

Les benzodiazépines induisent un état de **relâchement musculaire** qui peut être utilisé en neurologie ou en rhumatologie. Elles ont aussi un effet anticonvulsivant dans certaines épilepsies, mais nous sortons ici du cadre de ce livre.

### ***Les mécanismes***

Les benzodiazépines agissent, on l'a déjà dit, au niveau d'un neuromédiateur : l'acide  $\gamma$ -aminobutyrique (GABA). En se fixant sur les récepteurs du GABA, les benzodiazépines modulent son action.

### ***Les controverses***

Les benzodiazépines sont à la fois les plus consommés et les plus controversés des médicaments psychotropes. On les a accusées d'être employées à tort et à travers comme médicaments de confort en dépit de leurs inconvénients : un risque d'accoutumance, une atteinte de la mémoire. De violentes campagnes

ont été dirigées contre elles. L'accoutumance ne peut être niée, mais les benzodiazépines partagent ce risque avec tous les psychotropes. L'effet négatif sur la mémoire semble avoir été surévalué. De toute manière il vaut mieux prendre le moins possible de médicaments et préférer, quand on le peut, une aide psychologique familiale, amicale, amoureuse ou, s'il le faut, professionnelle à une drogue qui n'est jamais sans conséquences indésirables. Ce qui est aussi valable pour cet euphorisant et tranquillisant vieux comme le monde : l'alcool, ou encore pour le tabac.

## **Chapitre 23**

# **La réhabilitation psychosociale**

---

### ***Dans ce chapitre :***

- ▶ Dépasser l'idée de la psychiatrie comme discipline prescrivant des médicaments
  - ▶ Comprendre le contexte et les effets de la réintroduction en psychiatrie des concepts de rétablissement et de réhabilitation psychosociale
- 

### ***La notion de handicap psychique***

La schizophrénie, chez l'adulte, les psychoses infantiles devenues troubles envahissants du développement puis troubles du spectre autistique, chez l'enfant, ont longtemps représenté le cœur de la psychiatrie. Malgré les extensions parfois discutables du domaine psychiatrique, ces pathologies graves restent centrales. Elles ont pour caractéristique d'être chroniques, c'est-à-dire de s'étendre longuement dans le temps et donc d'être sources d'un handicap durable.

Depuis peu, le terme de *handicap psychique* est venu rendre compte des désavantages liés à un fonctionnement psychique anormal principalement psychotique ou autistique. Les équipes psychiatriques n'ont pas attendu que la loi reconnaisse ce handicap pour chercher à lutter contre les incapacités et contre les désavantages liés à la maladie mentale invalidante. Elles se sont préoccupées de **réadapter** leurs patients en les accompagnant hors de leurs établissements à temps plein ou à temps partiel, en s'inquiétant de leur logement, de leur travail et en facilitant leur insertion dans leur entourage et dans les institutions de la société (l'école pour les enfants, les lieux de loisirs pour les enfants et les adultes). Aujourd'hui de nouveaux concepts, celui de *rétablissement* ou celui de *réhabilitation psychosociale*, redonnent un élan à cette politique ancienne.



## Un handicap, qu'est-ce que c'est ?

Le mot vient des courses de chevaux où il désignait le désavantage attribué avant l'épreuve aux chevaux les plus forts pour égaliser les chances des concurrents. Il a ensuite été appliqué à tout défaut ou désavantage d'abord physique (moteur ou sensoriel), ensuite mental (un retard), enfin psychique. On distingue habituellement trois niveaux dans le handicap, nécessitant trois types d'interventions : le niveau du

dysfonctionnement, celui des incapacités, celui des désavantages. Ainsi un accident vasculaire cérébral peut laisser derrière lui un **dysfonctionnement** : une paralysie. Celle-ci rend le sujet **incapable** d'effectuer certains mouvements et, de ce fait, s'accompagne du **désavantage** de ne pas pouvoir satisfaire certains de ses besoins. Le médecin traite l'accident vasculaire pour prévenir ou réduire la paralysie. Le rééducateur et le prothésiste cherchent à limiter les incapacités. En construisant des plans inclinés pour accéder en fauteuil roulant à certains lieux, l'architecte diminue les désavantages.

## *Un vin nouveau dans de vieilles outres*

### *Le retour d'une antipsychiatrie*

Le mouvement est venu des États-Unis. Il s'inscrit dans une idéologie très américaine dont on a déjà parlé : celle de l'*empowerment* ou « développement du pouvoir d'agir », qui se réfère à une exigence des individus d'agir sur leur destin et notamment sur les politiques sociales, économiques, écologiques dont ces individus subissent les effets. C'est un autre nom pour désigner la revendication de pouvoir des usagers face aux services de l'État et des collectivités publiques destinés à les aider, comme face aux entreprises qui leur fournissent les biens de consommation.

En psychiatrie l'*empowerment* a correspondu au développement des mouvements de familles et d'anciens malades. Il a été marqué par la publication de récits de vie de patients qui ont décrit leur parcours en critiquant, souvent avec vigueur, une psychiatrie à leur avis répressive ou paternaliste, qui les mettait à l'écart des gens normaux et les maintenait dans un état de dépendance. Reprenant à leur manière le flambeau de l'antipsychiatrie, ces patients ont voulu développer une antipsychiatrie des usagers après celle des professionnels des années soixante.



## Une vieille tradition

Depuis que les institutions psychiatriques existent, des internés ont pris la plume pour dénoncer et tenter de réformer les pratiques. Ainsi au début du XX<sup>e</sup> siècle, un Américain, Clifford Wittingham Beers, qui avait connu la camisole de force et les cellules capitonnées, avait écrit un livre où il demandait à la société de « changer l'attitude morale envers l'aliéné » et de faciliter « sa reprise de contact avec des gens normaux ». Intéressant des philanthropes au sort de ses compagnons d'infortune, Clifford Beers avait créé un comité national d'hygiène mentale, qui eut une grande influence sur l'évolution de la psychiatrie américaine. En France, le psychiatre Édouard Toulouse, déjà cité ici, s'inspira de cette œuvre pour créer à son tour une ligue française d'hygiène

mentale, qui existe toujours et regroupe à la fois des professionnels et des usagers.

### *Une évolution sémantique*

Trois mots, très voisins, semblent traduire l'évolution des idées :

- ✓ La **réadaptation** envisageait encore les problèmes du point de vue de la société. Tout l'effort était du côté du patient, qui devait s'adapter au mieux aux conditions sociales qui lui étaient imposées.
- ✓ Le **rétablissement** (en anglais *recovery*) envisage les problèmes du point de vue de l'utilisateur (terme préféré à ceux de *malade* ou de *patient*). À la différence de l'antipsychiatrie des années soixante, qui ne considérait pas le schizophrène comme un malade mais comme l'explorateur de mondes psychiques nouveaux, l'expérience pathologique n'est pas niée. Elle est seulement considérée comme un élément parmi d'autres de la vie du sujet. Le rétablissement est une transformation personnelle qui n'a pas pour but la disparition des symptômes (la guérison médicale) mais plutôt une prise de responsabilité, un dépassement de la maladie, en fonction d'objectifs personnels fixés par le sujet et non par la médecine ou par la société. L'accent est mis non sur la maladie, mais sur l'intégrité, la force et les motivations de l'individu. Même si cet individu accepte de prendre des médicaments et de suivre un traitement psychologique, il ne se réduit pas à la condition de malade. Il cherche plus à conquérir son autonomie qu'à guérir d'un mal. Comme l'écrit aujourd'hui un ancien

malade américain : « L'objectif ultime de l'expérience de rétablissement n'est pas nécessairement de recouvrer la santé en termes de rémission complète de symptômes et de retour à un fonctionnement prémorbide. Il s'agit plutôt pour la personne de parvenir à l'utilisation optimale de ses ressources personnelles et environnementales afin d'atteindre l'état de bien-être et d'équilibre dans des conditions qu'elle aura choisies », et qui n'auront pas été choisies pour elle. « *Nothing about us without us* » (« Rien à notre sujet sans nous. »), telle est, disions-nous plus haut, la devise des mouvements américains d'usagers, qui par ailleurs mènent un combat politique pour modifier leur accueil par la société afin de fréquenter les mêmes lieux que les autres et de partager la vie de tout le monde.

➤ La **réhabilitation psychosociale** traduit le point de vue des cliniciens. Elle est entre les deux. Elle tient le plus grand compte des objectifs du sujet et l'aide éventuellement à les définir, mais elle tient compte aussi des effets du sujet sur l'entourage et de l'éventuelle souffrance de cet entourage. Si elle appelle la société à plus de tolérance de la différence, à plus de soutien du sujet marginal, à moins de discrimination et de stigmatisation, elle demande au sujet des efforts d'intégration éventuellement en l'immergeant dans des conditions de logement ou de travail aussi proches que possible de la normale où ces efforts sont sollicités. Ce sont les programmes *housing first* ou *working first* (« d'abord un travail et un logement ») où les professionnels interviennent pour alléger les difficultés concrètes auxquelles les usagers, logés de

manière autonome et/ou mis au travail, sont confrontés.

### *Un réveil bienvenu*

Au moment où, sous l'influence du DSM et des contraintes budgétaires et administratives, la psychiatrie avait tendance à s'endormir dans la seule prescription de médicaments et des protocoles de régulation du comportement, au moment aussi où un esprit sécuritaire ramenait les vieilles pratiques d'enfermement, de surveillance et de ségrégation, les idées de rétablissement et de réhabilitation psychosociale secouent les routines et renouent avec l'optique plus ancienne de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie communautaire qui paraissaient sur le déclin.

- ✓ L'importance donnée à la **parole** des malades et leur **participation effective** à la gestion de l'institution dans les communautés thérapeutiques, qui se sont multipliées dans l'esprit de la psychothérapie institutionnelle en France, en Belgique, en Suisse, en Italie, retrouvent une actualité.
- ✓ L'insistance est mise sur une attitude moins professionnelle, plus chaleureuse et **plus humaine** des soignants ;
- ✓ sur l'**accompagnement dans le milieu naturel**, auprès de la famille et des voisins ;
- ✓ sur l'aide au logement et à l'**insertion** socioprofessionnelle ainsi que sur l'insertion dans les lieux de convivialité et de loisirs ;
- ✓ sur le **travail en réseau** avec les autres services de la communauté ;
- ✓ sur la **disponibilité** dans les situations d'urgence ;
- ✓ sur la **précocité des interventions** pour éviter les rechutes ;
- ✓ sur les **visites à domicile**.

Toutes ces démarches qui avaient marqué la psychiatrie communautaire à ses débuts reviennent au goût du jour.

### ***La place nouvelle du diagnostic***

La question du diagnostic, médicalisée (et stérilisée) par le DSM, prend un sens nouveau.

En médecine, le diagnostic précède une **décision thérapeutique**. Il oriente le choix du traitement et conduit à un pronostic. La décision diagnostique appartient au seul médecin qui l'énonce. Le malade ne peut que se soumettre – éventuellement après l'avoir contesté et avoir sollicité un autre avis – au diagnostic médical.

Dans l'optique de la réhabilitation psychosociale et du rétablissement, la place du diagnostic est différente. Le diagnostic est construit dans une **interaction** entre le psychiatre et l'utilisateur, une interaction qui peut prendre du temps et où alternent des moments de deuil et des moments d'espoir. Il est souvent refusé initialement parce qu'il engendre une désillusion sur soi. En ne se limitant pas toutefois à la mise en évidence et au regroupement de symptômes, mais en prenant en compte les compétences du sujet et l'expression de ses besoins, de ses choix, de ses buts, il est aussi une **ouverture confiante** vers un avenir taillé sur mesure. Il peut représenter également à terme pour l'utilisateur – qui parfois le revendique en s'étant fait une opinion sur Internet – une reconnaissance sociale, un **gage d'identité** sinon une justification. Grâce au diagnostic qui leur donne un nom, le sujet retrouve une légitimité à ses difficultés en même temps qu'un droit à

compensation. Le diagnostic marque ainsi le point de départ d'un **processus de transformation** personnelle, qui est en grande partie à la charge du patient et que les professionnels et l'entourage accompagnent.

### ***La remédiation cognitive***

Différents programmes aujourd'hui, mais aussi la créativité de soignants de tous bords, s'efforcent d'aider des sujets schizophrènes ou du spectre autistique à retrouver ou à développer l'attention, la mémoire, la planification de l'action ainsi que les cognitions sociales (la capacité à comprendre les émotions et les intentions d'autrui) à travers des exercices et des jeux de rôle. Afin d'aider les usagers les plus en difficulté à améliorer leur autonomie, certains de ces exercices sont centrés sur l'acquisition d'habiletés sociales (*social skills*) ciblées sur des comportements de la vie quotidienne : prendre des moyens de transport, faire des courses, confectionner un repas, etc. La quête de l'autonomie, la prise en compte de la personne dans sa totalité avec ses forces et ses faiblesses sont toujours au centre du programme.

### ***Les pairs aidants***

Des **usagers** ayant déjà suivi avec bénéfice certains de ces programmes contribuent à l'encadrement de sujets moins avancés et deviennent parfois des agents rémunérés.

On a déjà cité les **groupes d'entraide mutuelle** (GEM) patronnés par des associations de familles. Ils sont une autre réponse possible à la demande de sortir d'une condition passive de malade

recevant des soins et de prendre un rôle d'agent de son propre destin. Ces groupes représentent dans leur fonctionnement une sorte d'entraînement à la vie sociale. Des compétences nouvelles s'y développent, qui facilitent ensuite l'entrée comme membre actif dans la société globale.

### ***L'évaluation***

Pour répondre aux demandes des organismes qui financent ces projets et devant l'exigence de scientificité de l'opinion, ces programmes doivent être évalués. Les tenants du rétablissement et de la réadaptation sociale réclament cependant des modalités d'évaluation adaptée.

L'optique médicale dominante, celle de l'*Evidence-Based Medicine* à laquelle il a plusieurs fois été fait allusion, impose un modèle fondé sur les **résultats du traitement**. Pour évaluer un antibiotique, on établit le nombre de cas infectés par le même microbe et chez lesquels, après traitement, l'infection a disparu. Les médicaments psychotropes sont généralement évalués de la même façon. On établit une liste de symptômes et on mesure sur des échelles la diminution de ces symptômes après traitement. (On a déjà dit ici à quel point il était difficile d'accorder une valeur scientifique à des études qui présupposent l'homogénéité d'une population de malades psychiatriques et qui considèrent qu'un symptôme, l'angoisse ou la tristesse, a la même valeur et la même signification chez tous les malades de cette population.)

Dans l'optique du rétablissement et de la réhabilitation psychosociale, ce ne sont pas les

résultats symptomatiques qui sont évalués mais le **processus**. On essaie d'établir dans quelle mesure un individu progresse dans la réalisation de ses objectifs, dans un rapprochement d'avec ses buts existentiels, avec son idéal de qualité de vie. On tente de capter un changement d'attitude plutôt que la disparition ou l'atténuation d'un symptôme. C'était déjà avec cette méthode que Carl Rogers rendait compte de l'efficacité d'une psychothérapie.

### *Une attitude optimiste*

Se fondant sur les résultats – un certain nombre d'études ont montré qu'environ un schizophrène sur deux pouvait mener une vie sociale voisine de la normale et se passer de médicaments en dehors des périodes de rechute aiguë –, l'**optique du rétablissement** est résolument optimiste. Elle considère que l'espoir et la confiance dans les possibilités de l'usager sont en eux-mêmes sources de réhabilitation psychosociale, en somme une prophétie autoréalisatrice.

### *Pour conclure cette partie*

Notre société est fondée sur la division du travail, sur les spécialisations et les sous-spécialisations. Certains plaident pour une psychiatrie découpée en tranches : un morceau pour le psychothérapeute, un morceau pour le chimiothérapeute, un autre pour le réhabilitateur. On peut effectivement orienter ses intérêts d'un côté ou d'un autre, mais le morcellement de l'action est préjudiciable au soin de sujets eux-mêmes morcelés. D'où la nécessité d'un **travail d'équipe** articulant les différentes démarches.

Elles retentissent d'ailleurs nécessairement les unes sur les autres. Comment donner un médicament sans s'intéresser à ce que ressent celui qui le prend, sans écouter la signification qu'a pour lui ce médicament ? Comment aider un usager à se rétablir, à devenir sujet de son existence, sans prendre en compte les inhibitions, les résistances ou les déficits qui l'empêchent d'être autonome ? L'accompagnement d'un processus de rétablissement, les progrès de la chimiothérapie, peuvent-ils se passer d'une compréhension des conflits complexes qui se nouent dans l'intimité du sujet ? Pour aborder ces conflits les membres d'une équipe de psychiatrie peuvent-ils éviter de se confronter aux retentissements dans leur propre réalité psychique des épreuves que traverse leur client ? C'est ici que se fait sentir le **besoin d'une théorie**, qui donne du sens à ce qui se passe sur la scène où le drame de chacun entre en relation avec celui des autres. On peut la chercher du côté de la psychanalyse, à condition de la débarrasser de ses tendances hégémoniques et de l'ouvrir à l'apport d'autres champs de recherche. Tous les psychiatres ne sont pas de cet avis, loin s'en faut.

## Cinquième partie

### Une offre de soins et des lois



*Dans cette partie...*

Cette cinquième partie traite de l'organisation de la psychiatrie en France et des lois qui la régissent. Qui sont les psychiatres et les autres travailleurs de la santé mentale qui collaborent dans les équipes psychiatriques ? Comment sont-ils formés ? Dans quels cadres institutionnels exercent tous ces praticiens ? Quelles sont enfin

les lois qui s'appliquent spécifiquement à la  
psychiatrie ?

## Chapitre 24

# Les métiers de la psychiatrie

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Connaître les différents métiers de l'univers de la psychiatrie
- ▶ Assigner à chaque métier son rôle
- ▶ Comprendre les relations qui unissent les différents acteurs pour former un tout

Le psychiatre en cabinet est un médecin spécialiste comme les autres qui reçoit ses patients seul et ne doit des comptes qu'à eux – ainsi qu'à la Sécurité sociale et aux mutuelles, avec lesquelles il est conventionné et qui remboursent totalement ou partiellement ses consultations.

D'une manière plus générale la psychiatrie est une spécialité dont les pratiques sont souvent multidisciplinaires. Elle associe plusieurs professions, soit dans une équipe institutionnalisée, soit dans un réseau de praticiens libéraux qui communiquent et collaborent entre eux. Cette association nécessite des articulations et une organisation des échanges entre professionnels. On parlera ici des métiers de la psychiatrie plutôt que de la seule profession de psychiatre, en se limitant aux principaux

constituants d'une équipe ou d'un réseau psychiatrique.

## *Les psychiatres*

### *Quelques éléments de démographie médicale*

Il faut commencer par les psychiatres. Pas de psychiatrie sans eux, c'est évident, même si, comme à de nombreuses périodes de leur histoire, on met parfois en cause sur Internet ou ailleurs leur savoir et leurs pratiques, même si l'évolution actuelle des hôpitaux confère aux directions administratives un pouvoir sur eux qui semble de plus en plus simuler leur effacement.

Venus de l'aliénisme, anciens « médecins des fous », les psychiatres, on l'a vu, ont élargi leur champ d'intervention. Après un long assujettissement par la neurologie (on les appelait alors « neuropsychiatres »), ils ont conquis en 1968 leur indépendance et se sont alors considérablement multipliés. Dans la décennie 1970-1980, la psychiatrie était à la mode et de très nombreux jeunes médecins se sont précipités vers cette spécialité jusque-là négligée, où la demande croissait et où s'ouvraient de nombreux services.

On compte actuellement en France environ treize mille psychiatres, dont six mille exercent en cabinet, les autres exerçant à temps plein ou à temps partiel dans des institutions publiques, associatives ou privées. Ce nombre va toutefois probablement décroître rapidement. En effet la

pyramide des âges de la psychiatrie est très déséquilibrée. Beaucoup de psychiatres formés au moment de la phase d'expansion de la spécialité atteignent maintenant l'âge de la retraite. La relève n'est pas assurée du fait de la réduction globale des médecins généralistes et spécialistes décidée par les pouvoirs publics dès 1971, mais appliquée de manière de plus en plus rigoureuse à partir des années quatre-vingt-dix. Déjà bien des postes sont vacants, surtout lorsqu'ils sont éloignés des grandes villes. Un dispositif jusqu'à étoffé sur l'ensemble du territoire est aujourd'hui mis en danger.

## *La formation*

### *D'abord des médecins*

Les psychiatres sont d'abord des médecins. Comme tous les médecins, ils ont été recrutés par un concours au terme d'une première année à la **faculté de médecine**, où leur ont été enseignées les sciences physiques, chimiques, biologiques de base, ainsi que l'anatomie et la physiologie. Depuis une vingtaine d'années, il s'y est ajouté un **enseignement de sciences humaines et sociales appliquées** à la médecine. Pendant leurs années d'études de médecine générale, ils ont ensuite été initiés à la psychologie médicale et à la psychiatrie. Après un nouveau concours en fin d'études, l'**examen national classant**, ils ont choisi leur spécialité.

### *Une spécialisation*

Leurs quatre années de spécialisation comportent des **stages** avec fonction de responsabilité

(l'internat), ainsi qu'une **formation théorique** à la psychopharmacologie (l'usage et le mode d'action des médicaments), à la psychopathologie, aux neurosciences et aux sciences cognitives appliquées à la psychiatrie. Ils entreprennent souvent parallèlement une **formation spécifique** à l'un ou à plusieurs des grands courants de traitements psychologiques. Au cours de leur spécialisation ou en prolongement à cette spécialisation, ils peuvent se former à une **sous-spécialité** : la pédopsychiatrie, la psychiatrie médico-légale, l'addictologie, la gériopsychiatrie.

### *Les modes d'exercice*

#### *Les praticiens hospitaliers*

Ceux qui s'orientent vers le service public sont recrutés par concours et deviennent praticiens hospitaliers en psychiatrie, à temps plein ou à temps partiel.

#### *Les psychiatres libéraux*

Les psychiatres d'exercice privé pratiquent en cabinet, dans des cliniques ou dans des institutions associatives.

#### *Une autre voie*

Pour pallier au manque de psychiatres, en particulier dans le service public, une autre voie a été ouverte. Elle permet à des **médecins généralistes** de postuler à des fonctions

d'assistant dans les services de psychiatrie et de suivre en même temps une formation théorique adaptée. Après plusieurs années de fonction, ces assistants peuvent à leur tour être titularisés par concours comme praticiens hospitaliers et rejoindre ainsi le corps des psychiatres.

## *Les activités*

### *Le diagnostic*

Les psychiatres sont habilités à pratiquer le diagnostic des troubles mentaux dans des activités de consultations publiques ou privées. Le diagnostic a longtemps été considéré comme secondaire en psychiatrie. On a pu voir que les **systèmes de classification** des maladies y étaient sujets à discussion et à révision périodique, faute de test biologique permettant de faire l'unanimité. L'accent était donc mis plutôt sur l'**écoute de la problématique individuelle** de chaque client. Depuis quelques années, sous la pression des administrations, qui veulent fonder leurs budgets sur des statistiques fiables, et sous celle des usagers, qui réclament un nom pour leurs troubles, le diagnostic a pris davantage d'importance. Il a comme on l'a dit la particularité d'être le fruit d'un **travail relationnel** avec le patient et son entourage. Il n'est pas en effet confirmé comme dans le reste de la médecine à partir d'examens de laboratoire, mais résulte d'un dialogue.

### *Le traitement*

## **Les médicaments**

Dans la législation française, les psychiatres sont les seuls membres d'une équipe psychiatrique à pouvoir prescrire les médicaments psychotropes – un monopole qu'ils partagent avec tous les autres médecins, notamment avec les généralistes qui sont devenus les principaux prescripteurs d'antidépresseurs et de tranquillisants.

### **Les psychothérapies**

Tous les psychiatres ne sont pas psychothérapeutes, mais nombre d'entre eux ont une formation de psychanalyste, de thérapeute comportemental ou de thérapeute systémiste. Certains pratiquent l'hypnose (surtout ericksonienne) ou des thérapies de relaxation.

### ***L'animation d'équipe***

Les équipes psychiatriques ont habituellement encore à leur tête un psychiatre entouré d'un cadre supérieur infirmier et d'un cadre administratif. La psychiatrie étant une discipline médicale, la **responsabilité légale** d'un traitement institutionnel doit être endossée par un médecin qui prescrit les différentes activités proposées au patient. Le remboursement de ces activités par la Sécurité sociale est soumis à cette prescription. Aujourd'hui, poussé par les contraintes budgétaires, le pouvoir administratif grignote de plus en plus le pouvoir médical. Ce pouvoir est aussi contesté par les autres professions qui gagnent en technicité et en autorité, notamment par les infirmiers. Il l'est également par les usagers qui réclament davantage de participation dans la gestion de leur traitement et des institutions où ce traitement est délivré. Le rôle du psychiatre, actuellement en pleine mutation,

devrait devenir davantage celui d'un animateur que d'un chef.



## Un pouvoir en perdition

Le philosophe Michel Foucault a consacré une année de son enseignement au Collège de France à examiner de manière critique le « pouvoir psychiatrique ». Selon lui la psychiatrie ne s'est constituée comme un savoir sur la folie qu'à partir d'un affrontement, subtil, entre le psychiatre et le fou. Face au déchaînement de forces représenté par la folie, le psychiatre a imposé sa discipline en soumettant le malade à sa toute-puissance. Cette critique date un peu. Aujourd'hui le psychiatre doit lui-même se soumettre à son directeur d'établissement et négocier parfois difficilement avec le pouvoir infirmier et avec celui, croissant, des usagers et de leurs associations.

### *L'expertise*

Le psychiatre est encore reconnu dans ses fonctions d'expert auxquelles on voudrait parfois le réduire. Comme expert, il peut prescrire les arrêts de travail, intervenir dans la protection ou le placement d'enfants en danger, dans la reconnaissance d'un handicap et dans l'attribution

des compensations sociales et financières à ce handicap. Plus spécifiquement, c'est lui qui confirme la nécessité de soins sous contrainte et qui, on l'a vu, apporte au juge un éclairage sur la responsabilité d'un accusé. Il est appelé aussi à donner un avis sur la nécessité de mesures de protection d'un sujet dont la capacité civile (l'aptitude à gérer ses biens, à conclure un achat ou une vente, à faire un legs, etc.) est en question.

### *L'administration*

Les psychiatres sont associés à la gestion administrative des établissements dans lesquels ils exercent. Ils élisent une **commission médicale d'établissement** (CME) dont l'avis est consultatif dans la détermination du projet de l'établissement et dans les affectations de son budget. Depuis les dernières réformes, ils ont dû constituer des *pôles* regroupant plusieurs services. Placées sous la responsabilité d'un psychiatre *chef de pôle* nommé par le directeur de l'établissement, ces entités sont censées permettre une **gestion budgétaire** plus participative mais surtout plus économe. Bien des psychiatres d'institution se plaignent aujourd'hui, dans une société en crise, d'être écrasés sous des tâches administratives au détriment de leur activité soignante et de l'animation de leurs équipes, dans une perspective où le souci de l'équilibre financier prime sur les objectifs thérapeutiques.

## *Les psychologues cliniciens*

### *La formation*

Ils reçoivent leur formation dans les **facultés de psychologie et/ou de sciences humaines**. Après une licence et un master au cours desquels ils suivent un enseignement surtout théorique (avec toutefois des stages de sensibilisation), ils sont sélectionnés pour accéder à un master 2 (ancien diplôme d'études supérieures spécialisées), au cours duquel ils complètent leur formation théorique par des séminaires et exercent pendant un ou deux ans comme stagiaires sous la responsabilité d'un maître de stage dans une institution de soins. Cette formation se conclut par la soutenance d'un mémoire qui peut secondairement déboucher, après plusieurs années de recherches cliniques, sur une thèse de doctorat.

### ***Les activités***

#### ***Les tests***

Les psychologues étaient cantonnés autrefois dans une activité de tests psychologiques.

#### **Les tests de niveau**

Ils sont destinés à **mesurer les fonctions cognitives**. Un des plus anciens et le plus connu est le test de Wechsler-Bellevue qui permet d'établir le QI. Ces tests se sont perfectionnés et ont été complétés par des tests étudiant la perception, l'attention, la mémoire et ce qu'on appelle les **fonctions exécutives**, c'est-à-dire la manière dont est planifiée et organisée l'action. Plus complexes, ils sont aujourd'hui souvent pratiqués par de nouveaux spécialistes, les **neuropsychologues**, qui ont une formation en neurosciences et en sciences cognitives et souvent une activité de recherche.

## **Les tests projectifs**

Nombre de tests visent à **explorer la personnalité du sujet**, sa manière de se confronter aux émotions et d'évaluer certains aspects inconscients de sa problématique. Vous avez sans doute entendu parler du test de Rorschach qui consiste à présenter des planches constituées de taches d'encre et à demander au sujet ce que ces figures lui évoquent. Les réponses sont classées selon des critères standardisés et permettent d'établir un profil caractéristique. D'autres tests présentent des personnages en situation mal définie, autour de laquelle le sujet doit élaborer un scénario révélateur d'attitudes inconscientes.

## ***La consultation***

Les tests (surtout les tests projectifs) ne donnent qu'une indication. Ils doivent être interprétés et intégrés dans une approche globale de la personne au cours d'une consultation psychologique qui souvent se limite à des entretiens, sans utilisation d'instruments métriques.

## ***L'activité de psychothérapeute***

Peu à peu les psychologues cliniciens se sont dégagés d'une réduction de leur rôle à l'examen des patients. Ils ont conquis une place de psychothérapeute individuel, aussi bien en cabinet privé qu'en institution. À la différence des consultations psychiatriques, les consultations privées auprès d'un psychologue ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale. Les psychologues en France ne peuvent prescrire de

médicaments. Dans les institutions, ils animent souvent aussi des thérapies de groupe.

### *Le travail de supervision et d'animation d'équipe*

Les psychologues cliniciens, souvent à référence psychanalytique, exercent un important travail de supervision et d'élaboration de la pratique auprès des équipes psychiatriques. Ils jouent un rôle essentiel dans l'animation des équipes de soins, où parfois leurs compétences et leur expérience clinique leur permettent de prendre des responsabilités traditionnellement réservées aux psychiatres.

## *Les infirmiers*

Devenus infirmiers psychiatriques et bénéficiant d'une formation spécifique et d'une longue tradition clinique, les anciens gardiens d'asile ont joué un rôle primordial dans les réformes qui ont marqué l'assistance psychiatrique à la Libération. Une mise en conformité avec les normes européennes a entraîné la disparition de leur diplôme et l'extinction progressive de leur cadre. Aujourd'hui la majorité des infirmiers travaillant dans les structures psychiatriques sont des infirmiers de soins généraux qui ont choisi l'exercice psychiatrique.

### *La formation*

Les infirmiers sont formés par les **instituts de formation en soins infirmiers** (IFSI), qui sont soit des organismes gérés par des hôpitaux, soit des organismes dépendant d'associations ou de

fondations (comme la Croix-Rouge). Après trois ans d'études à la fois théoriques et pratiques (stages), ils doivent obtenir le **diplôme d'État de soins infirmiers** qui leur donne l'équivalence d'une licence. Ils peuvent suivre ensuite, généralement après plusieurs années de pratique professionnelle, une **école des cadres** puis une **école de cadre supérieur de santé**. Ces formations, complétées éventuellement par des formations universitaires, peuvent déboucher sur un doctorat. La profession infirmière est donc une profession en pleine évolution, qui a dépassé le statut traditionnel d'« auxiliaire médical » pour acquérir une autonomie qui permet à certains de ses membres d'accéder à des postes à haute responsabilité (direction des soins infirmiers voire direction d'établissement hospitalier) grâce à des dispositifs de formation en cours d'emploi.

La place de la psychiatrie dans la formation générale de base est réduite. Des **formations d'accueil** sont organisées par les établissements pour les jeunes infirmiers qui choisissent la psychiatrie, mais l'essentiel de la formation se fait **sur le terrain** auprès des aînés, dans les réunions d'équipe et par le biais des organismes de formation continue. Un certain nombre d'infirmiers complètent ces formations par des supervisions, individuelles ou en groupe, et par un travail personnel de type psychanalytique.

## ***Les activités***

### ***Dans les services hospitaliers***

Les activités sont **multiples**, allant de la distribution et du contrôle des médicaments à

toute la gestion et l'animation de la vie quotidienne. Les infirmiers assurent la permanence des soins et sont les thérapeutes de proximité disponibles pour des entretiens individuels spontanés ou réglés. Ils participent à des groupes de parole, à des activités ergo- ou psychothérapeutiques. Ils ont aussi un rôle, aujourd'hui croissant sinon envahissant, dans la saisie des données informatiques nécessaires au suivi du patient et à l'établissement de son dossier. Dans les réunions d'équipe, leurs observations sont essentielles pour l'organisation des soins. Ils utilisent de plus en plus actuellement des méthodes de soins protocolisées qui ont l'avantage de leur fournir des instruments pour maintenir une relation avec des patients souvent difficiles, mais qui ont l'inconvénient de tarir leur créativité.

### *Dans l'extrahospitalier*

Présents dans l'ensemble des structures psychiatriques ambulatoires où se concentre de nos jours la grande majorité des patients, les infirmiers assurent des consultations individuelles sous la responsabilité des psychiatres. Ils effectuent des visites à domicile et animent des groupes de rencontre ou des groupes à médiation pour des patients suivis au long cours. Là aussi leur place dans l'équipe psychiatrique est devenue essentielle. Ils forment le **dispositif d'accueil** et le tissu de fond sur lequel viennent se broder les activités des autres praticiens.

### *Les rééducateurs*

Ils sont surtout présents dans les services de psychiatrie de l'enfant.

## *Les orthophonistes*

### *La formation*

Les orthophonistes sont formés dans les **facultés des techniques de la réadaptation**, généralement associées aux facultés de médecine. Leurs cinq années d'études théoriques et pratiques (stages) sont conclues par la soutenance d'un mémoire qui leur permet d'obtenir un certificat de capacité équivalent à un master.

### *Les activités*

#### **Les activités libérales**

Les orthophonistes peuvent exercer en cabinet sur prescription médicale. Leur activité – contrairement à celle des psychologues qui ont toujours refusé d'être soumis à une prescription médicale – est donc remboursée par la Sécurité sociale. Ils travaillent souvent **en réseau** avec des médecins psychiatres, pédiatres ou ORL, ainsi qu'avec des psychologues ou des psychomotriciens. Ils pratiquent des **bilans** qui évaluent les difficultés des enfants (ou des adultes) sur le plan de l'articulation, de la parole, de l'organisation du langage oral et écrit. À la suite de ces bilans, ils peuvent entreprendre des **rééducations** spécifiques notamment dans les dysphasies et les dyslexies, mais aussi dans les retards simples de langage, dans les retards scolaires, dans les cas de troubles articulatoires et de bégaiement. Ils interviennent pour **développer**

**la communication**, aussi bien auprès des enfants autistes que des enfants déficients auditifs, soit en travaillant directement le langage naturel, soit en utilisant des techniques de communication alternative par signes ou par pictogrammes. Avec les adultes ils interviennent dans les séquelles de troubles neurologiques qui affectent le langage.

### **Dans les équipes psychiatriques**

À côté de leur rôle spécifique, les orthophonistes participent à la **prise en charge globale** des enfants suivis en psychiatrie. Ils peuvent animer ou coanimer, en collaboration avec d'autres professionnels, des groupes de parole, des groupes de psychodrame, des groupes utilisant des médiations comme le conte. Certains après une formation personnelle deviennent psychothérapeutes, mais dans ce cas l'on peut considérer qu'ils changent de profession.

## ***Les psychomotriciens***

### ***La formation***

Les psychomotriciens sont formés en trois ans après admission sur concours dans des **écoles spécialisées**, parfois intégrées dans les facultés ou instituts universitaires des techniques de la réadaptation. Ils sont titulaires d'un diplôme d'État.

### ***Les activités***

Ils traitent sur prescription médicale de manière globale des enfants (en majorité) ou des adultes

présentant des difficultés dans l'**intégration de leur image du corps** (la représentation mentale et l'investissement affectif des différentes parties du corps coordonnées entre elles et disponibles pour l'engagement d'une action) et souffrant de **troubles psychomoteurs**.

### **Les activités libérales**

De plus en plus de psychomotriciens s'installent en secteur libéral. Leurs activités ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale, mais peuvent être en partie couvertes par des mutuelles ou, dans les cas de handicap, par une allocation de la maison départementale pour les personnes handicapées (cf. *infra*). Généralement les psychomotriciens ne travaillent pas seuls, mais participent à un **réseau de soins** aux côtés d'autres travailleurs de la santé mentale et de la rééducation.

### **Les activités dans les institutions**

Dans une institution psychiatrique, outre leur fonction spécifique et leur engagement dans des **thérapies à médiation corporelle**, les psychomotriciens participent à la **prise en charge globale** de l'enfant (ou de l'adulte) et aux différentes activités individuelles ou groupales.

## ***Les ergothérapeutes***

### ***La formation***

La formation se fait en trois ans (niveau licence) dans un **institut de formation** souvent intégré aux facultés des techniques de la réadaptation. On y accède soit sur concours spécifique, soit au terme

de la première année universitaire commune aujourd'hui aux différentes professions médicales et paramédicales.

### *Les activités*

Les ergothérapeutes interviennent surtout dans les institutions de soins au long cours pour adultes ou personnes âgées, dans une perspective de **réadaptation à la vie quotidienne** et de **progrès dans l'autonomie**. Ils peuvent aussi utiliser des médiations de type artisanal ou artistique pour développer la créativité personnelle ou aider la planification et l'organisation de l'action. Les ergothérapeutes exercent généralement dans les institutions, mais peuvent aussi travailler en libéral.

## *Les travailleurs sociaux*

On regroupe sous cette dénomination deux catégories d'agents : les éducateurs spécialisés et les assistants sociaux. Ces deux catégories professionnelles sont formées dans des **instituts de formation des travailleurs sociaux** auxquels on accède par concours – souvent après une autre formation dans les professions de l'éducation ou de la santé ou après un premier cycle universitaire. La durée des études est de trois ans et se conclut par l'obtention d'un diplôme national.

### *Les éducateurs spécialisés*

Ils forment aujourd'hui une bonne partie des équipes de psychiatrie de l'enfant et de

l'adolescent. On les retrouve aussi dans de nombreux autres services avec lesquels la psychiatrie collabore : les institutions médico-éducatives, les services de protection judiciaire de la jeunesse, les services de protection et d'aide sociale à l'enfance et à l'adolescence. Ils peuvent suivre une formation en cours d'emploi et devenir chef de service (éducateur chef) puis directeur d'établissement.

### *Les activités*

Leurs **activités de soins et d'accompagnement** dans les institutions psychiatriques sont quelquefois difficiles à distinguer de celles des infirmiers. On a pu tenter de confier à l'éducateur (ou à l'éducatrice), quel que soit son sexe, un rôle plus paternel et à l'infirmière (ou à l'infirmier) un rôle plus maternel, mais ces distinctions semblent artificielles. Ils participent donc à toutes les activités à visée psychothérapique et à l'accompagnement individuel des enfants et des adolescents suivis en soins institutionnels à temps plein ou à temps partiel. Ceux qui se sont formés à une fonction d'encadrement prennent des responsabilités administratives conséquentes.

### *Les assistants sociaux*

Ils assurent traditionnellement dans les équipes psychiatriques les **relations avec les familles et avec le milieu social** ainsi que l'**aide aux usagers** dans leurs diverses démarches administratives. Leur rôle a été déterminant dans l'organisation des secteurs extrahospitaliers où ils ont été pour les équipes qui sortaient de l'hôpital de véritables

**agents de liaison**, une fonction qu'ils continuent à remplir aujourd'hui.

### *Les secrétaires médicaux*

Ils assurent l'**accueil des consultants** et l'**organisation des consultations** ainsi que la **tenue des dossiers**, une fonction que l'évolution actuelle rend de plus en plus importante. Le dossier du patient est en effet devenu un élément essentiel des prises en charge dans les organismes de santé. Consultable par le patient dans certaines conditions, le dossier informatisé a été rendu obligatoire par la loi. Il peut être saisi par le juge et servir de base à des procédures judiciaires aujourd'hui de plus en plus fréquentes.

### *Les autres métiers*

La diversification des tâches dans le domaine de la santé en général et de la psychiatrie en particulier a amené à multiplier les professions.

#### *Les éducateurs de jeunes enfants*

Formés en trois ans dans des **écoles spécialisées** et titulaires d'un diplôme d'État, ils travaillent généralement dans les services de la petite enfance (crèches) au **développement et à la socialisation du jeune enfant**. Ils peuvent faire partie d'une équipe psychiatrique lorsque celle-ci développe des structures pour très jeunes enfants du type jardin d'enfants thérapeutique.

#### *Les moniteurs-éducateurs*

Formés en deux ans par les **écoles de service social**, ils travaillent aux côtés des éducateurs spécialisés pour renforcer leur action. Ils s'adressent à des publics similaires. Certains d'entre eux suivent une formation en cours d'emploi, dans le cadre de la promotion sociale, et deviennent à leur tour éducateurs spécialisés.

### ***Les aides-soignants***

Formés généralement en cours d'emploi parmi les **agents des services hospitaliers** (qui assurent l'entretien des locaux), ils reçoivent une formation théorique et pratique d'un an qui se conclut par un diplôme. Ils assistent les infirmiers dans leur travail et s'occupent plus particulièrement des **soins d'hygiène** et de l'**aide au repas** des personnes ayant peu d'autonomie. Dans les équipes psychiatriques, en se formant sur le terrain, ils peuvent participer à de nombreuses activités thérapeutiques.

### ***Les aides médico-psychologiques (AMP)***

Titulaires d'un **diplôme d'État** délivré après un an de formation théorique et de stages, les AMP exercent essentiellement dans les institutions médico-sociales (cf. *infra*) auprès de personnes souffrant de handicap mental et manquant d'autonomie, auxquelles ils prodiguent une **aide dans les actes de la vie quotidienne**. Certains acquièrent une formation sur le terrain qui leur permet de participer à des activités plus différenciées à visée thérapeutique, notamment auprès des personnes autistes.

## **Des métiers et des gens qui bougent**

Les métiers de la psychiatrie reposent comme tout métier sur une formation initiale et des connaissances théoriques et pratiques. Cependant la qualité des personnes, leur curiosité intellectuelle, leur disponibilité, leur sensibilité empathique jouent un grand rôle dans leur engagement professionnel et dans leur efficacité. Ceci explique que, peut-être plus qu'ailleurs, la psychiatrie permette une prise en compte de l'expérience acquise et une mobilité sociale appréciable pour les différents intervenants.

## Chapitre 25

# Les dispositifs de soins

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Comprendre les spécificités des modalités sanitaires de prise en charge des patients, leurs avantages et leurs limites
  - ▶ Connaître les dispositifs complémentaires d'accompagnement des patients tout au cours de leur existence
- 

### *Le soin ambulatoire individuel privé*

Comme on l'a dit, environ la moitié des treize mille psychiatres français exercent en cabinet libéral et offrent donc un soin ambulatoire privé essentiellement à des sujets dépressifs ou atteints de troubles anxieux, parfois à des psychotiques stabilisés. Pour la plupart ils ont une activité de psychothérapeute soit inscrit dans un courant spécifique, soit éclectique. S'y ajoutent un nombre conséquent de psychologues cliniciens et un grand nombre de psychothérapeutes de toute obédience exerçant comme praticiens libéraux.

# *L'hospitalisation à temps plein*

## *Une évolution*

Longtemps l'hospitalisation à temps plein, d'abord sous contrainte (l'internement) puis de plus en plus souvent libre, a constitué la réponse principale aux troubles mentaux sévères. Depuis une cinquantaine d'années, grâce à la découverte des médicaments psychotropes, à l'introduction des psychothérapies et à un changement d'attitude sociale devant la maladie mentale, les réponses se sont diversifiées.

Le nombre total de lits psychiatriques (environ cinquante mille aujourd'hui) a été divisé par trois en trente ans. Les durées de séjour se sont réduites, au point que seuls un peu plus de 5 % des malades hospitalisés excèdent un séjour hospitalier de six mois, alors que les longs séjours (souvent plusieurs années) formaient autrefois la majorité. Seulement un malade sur cinq suivi par une équipe de psychiatrie publique sera hospitalisé à plein-temps dans le courant d'une année. L'hospitalisation à temps plein est aujourd'hui réservée aux décompensations aiguës de sujets qui, par ailleurs, peuvent bénéficier d'un suivi au long cours dans les autres institutions constituant l'ensemble d'un dispositif sectoriel.

## *L'hospitalisation publique, l'hospitalisation privée*

La grande majorité des lits de psychiatrie appartiennent aux **hôpitaux publics**. Pour les trois quarts, ils font partie des centres hospitaliers spécialisés (les anciens hôpitaux psychiatriques).

Environ un quart a été intégré dans des hôpitaux généraux, où il n'est pas rare de les voir occuper néanmoins des bâtiments séparés, un peu à l'écart des autres services. Malgré tous les efforts d'information, la psychiatrie continue de faire peur.

Les **hôpitaux privés à but non lucratif** sont souvent les héritiers d'anciens établissements des congrégations religieuses, gérés aujourd'hui sur un mode associatif. Ils participent au service public et se distinguent peu, dans leur fonctionnement et dans leur personnel, des hôpitaux publics.

Les **cliniques privées**, pour la plupart à but lucratif, ont succédé aux anciennes maisons de santé. Elles sont conventionnées par la Sécurité sociale, mais peuvent choisir leurs patients, à la différence du service public, et généralement n'assurent pas les soins sous contrainte. Leur clientèle est surtout composée de personnes présentant des tableaux dépressifs. Certaines se sont spécialisées dans l'accueil des adolescents et des jeunes adultes anorexiques ou en période d'invasion schizophrénique.

### ***Les problèmes***

La **réduction des lits psychiatriques** a eu des avantages considérables. Elle a permis de resocialiser des malades qui n'avaient pas d'autre avenir que la chronicité et une aliénation sociale surimposée à leur pathologie. Elle a entraîné la création de structures nouvelles beaucoup plus souples et mieux adaptées à la variété des

situations rencontrées par les sujets en difficulté psychique.

Aujourd'hui toutefois l'on s'interroge sur les résultats d'une politique de désinstitutionalisation peut-être excessive :

- ✓ Les **lits** subsistants sont **suroccupés** avec souvent un encombrement des services et une charge de travail qui met à mal la disponibilité des personnels.
- ✓ Le **raccourcissement de la *durée moyenne de séjour*** (la fameuse DMS qui, pour les organismes de tutelle, mesure la performance d'une équipe de soins) aboutit à la réhospitalisation rapide de sujets sortis alors qu'ils étaient insuffisamment stabilisés.

## ***Les soins à temps partiel***

La **politique de secteur** (la division du territoire en zones géographiques d'environ soixante mille habitants pour les adultes et cent vingt mille pour les enfants et les adolescents, zones rattachées chacune à une équipe assurant l'ensemble des soins hospitaliers et extrahospitaliers) a entraîné la prolifération sur l'ensemble du pays, quoique de manière encore inégale, d'**institutions diverses**. Le soin psychiatrique, autrefois très peu différencié, a éclaté en un clavier institutionnel dont on peut jouer de manière subtile selon les pathologies ou les stades que traverse dans sa pathologie un individu donné.

## ***Les centres médico-psychologiques (CMP)***

Ils forment le **pivot du secteur** et le mode d'entrée privilégié dans les soins psychiatriques pour la majorité des patients. Ils assurent des consultations (médicales, psychologiques, infirmières ou avec l'assistant social), des bilans et des rééducations orthophoniques et psychomotrices, des psychothérapies individuelles et groupales. Certains centres ont fonctionné au début et peuvent encore fonctionner çà et là sur le modèle américain des *step in clinic*, des lieux d'accueil peu structurés où l'on pouvait venir et rester un certain temps sans rendez-vous, accueilli par des soignants autour d'une tasse de café, où l'on pouvait dialoguer avec les autres usagers et les autres membres de l'équipe en attendant l'émergence d'une demande plus précise. Avec l'augmentation du nombre de clients, des **listes d'attente** parfois importantes sont apparues et le mode de fonctionnement, très souple au départ, s'est souvent rigidifié, prenant l'aspect plus classique d'une consultation hospitalière. Le travail en équipe y reste la règle, les patients pouvant bénéficier de plusieurs prises en charge articulées entre elles. Dans les villes, les CMP sont des **structures de quartier** où se nouent des liens de collaboration avec l'entourage familial et sociétal. Dans les campagnes, il y a habituellement au moins un CMP par canton, ouvert toute la semaine, ou des antennes à ouverture plus sporadique.

### ***Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)***

Ce sont souvent des structures associées aux CMP, soit dans les mêmes lieux, soit dans le voisinage. Les CATTP offrent des soins prolongés généralement **en groupe**, une à plusieurs demi-journées par semaine, à des patients suivis au long

cours, à l'année ou sur plusieurs années. Les soins peuvent être médiatisés par une activité ergothérapique et/ou représentés par des groupes de parole.

### ***Les hôpitaux ou centres de jour***

Les hôpitaux de jour ont d'abord représenté un **mode de fonctionnement** particulier des hôpitaux suivant lequel le malade ne passe que la journée à l'hôpital puis rentre chez lui tous les soirs. Ils alternaient alors avec des **hôpitaux de nuit** qui offraient un accueil de soir et de nuit à des sujets qui tentaient, dans la journée, une insertion dans le monde du travail.

### ***Leur localisation***

Actuellement les centres de jour (cette terminologie devient de plus en plus fréquente) sont des **structures autonomes**, généralement implantées dans la cité, hors des enceintes hospitalières, dans des locaux aussi banalisés que possible : une villa, un grand appartement.

### ***L'équipe***

Une équipe de soins **multidisciplinaire** (psychologues, infirmiers, éducateurs, ergothérapeutes, auxquels peuvent s'ajouter pour les enfants orthophonistes, psychomotriciens et enseignants détachés de l'Éducation nationale) accueille une dizaine parfois une vingtaine de patients pour des activités programmées à visée psychothérapique et éducative, sur prescription et sous supervision médicale.

## *De la psychothérapie institutionnelle au réseau*

Les principes directeurs sont généralement ceux de la psychothérapie institutionnelle. Les centres de jour fonctionnaient au départ cinq jours par semaine, à la journée. Tout en continuant souvent à assurer des repas – qui sont notamment avec les enfants l’occasion d’échanges psychothérapeutiques et éducatifs –, la plupart des centres de jour aujourd’hui fonctionnent **à la carte**. Les usagers les fréquentent selon un programme individualisé, un certain nombre de journées ou de demi-journées hebdomadaires. Les soins alternent avec des mesures d’assistance éducative ou professionnelle dans d’autres établissements et avec une intégration sociale ou scolaire dans la société globale. Le travail en réseau est utilisé dans l’optique d’une réhabilitation sociale pour éviter la ségrégation des personnes en difficulté psychique. Les centres de jour prennent ainsi de plus en plus l’apparence de centres d’accueil thérapeutique à temps partiel voire très partiel.

## *Les appartements thérapeutiques*

Sous différentes dénominations (lieux de vie, communautés thérapeutiques), ils constituent une **alternative** à l’hospitalisation à temps plein. Ce sont de **petites structures** (accueillant au maximum une dizaine de sujets), insérées dans un cadre de vie ordinaire (maison individuelle ou portion d’un immeuble), autogérées en partie par les patients eux-mêmes qui assurent l’entretien et la confection collective des repas avec l’aide de soignants dont la présence est moins intensive qu’à l’hôpital. Les résidents gardent une **liberté complète de mouvement**, ils détiennent la clé de

leur logement où ils peuvent inviter des connaissances. L'utilisation qu'ils font de cette liberté et les différents incidents de la vie quotidienne sont repris dans des **réunions de régulation** avec des soignants responsables de l'institution selon les orientations de la psychothérapie institutionnelle. Les usagers peuvent suivre parallèlement un programme thérapeutique en centre de jour, une psychothérapie individuelle en CMP ou chez un praticien privé, participer à un programme de réinsertion professionnelle ou faire des études. Le séjour est généralement plus long que dans un service hospitalier, auquel l'utilisateur peut faire appel en cas de décompensation.

On le voit, le modèle du réseau une fois de plus est central, avec toutes les difficultés de collaboration et d'articulation que ce modèle implique, mais aussi avec toutes les mobilisations possibles de la vie psychique d'utilisateurs qui cherchent ainsi à échapper à la fois à la dépendance asilaire, source de chronicité, et à l'abandon pur et simple. La collaboration avec la famille, lorsqu'elle est présente, est ici comme ailleurs essentielle.

### ***Les centres de crise***

Encore trop peu nombreux, ce sont des **appartements thérapeutiques avec davantage de personnel**. Ils peuvent recevoir pour des périodes plus courtes des sujets en plus grande difficulté, afin d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation. La crise doit être distinguée de l'**urgence** – assurée quant à elle par les services d'urgence des hôpitaux généraux ou des centres hospitaliers spécialisés. Elle est **un moment de**

**vie** où les repères habituels et les modalités d'existence usuelles sont mis en question, soit pour des raisons internes au sujet, soit du fait des circonstances (un deuil, une séparation, la perte d'un appui). Elle nécessite donc un **accompagnement spécifique** qui peut être, pour le sujet qui la traverse, source de remise en question et de réaménagements productifs d'un progrès personnel et d'un mieux-être global.

## **Attention aux illusions**

On décrit ici un équipement idéal qui n'existe pas partout et rarement en totalité. Les difficultés économiques de l'heure et l'accent quasi exclusif mis ces dernières années sur la sécurité et l'équilibre financier ont amené bien des équipes à renoncer à la prise de risque minimale qu'implique toute institution un tant soit peu novatrice. Les équipes doivent alors se contenter d'un nombre de lits toujours insuffisant, d'un hôpital de jour bondé et sans renouvellement de sa clientèle et d'un CMP quasiment inaccessible du fait de la longueur de ses listes d'attente.

### ***Les équipes mobiles***

Dispositif assez récent, les équipes mobiles visent à **pallier certaines difficultés** apparues dans l'évolution des secteurs. Elles permettent de **limiter la demande directe** vis-à-vis de structures écrasées par la demande en apportant une aide locale à d'autres établissements recevant des sujets en difficulté psychiatrique –

établissements pour personnes âgées, établissements éducatifs ou pédagogiques –, afin d'améliorer leur tolérance et d'éviter un rejet vers un service de psychiatrie qui ferait alors office de dépôt. Elles permettent d'autre part de **prendre contact avec des familles** mises en détresse par un malade en refus de soin, éventuellement de rencontrer le malade et de le conduire progressivement vers l'institution thérapeutique la plus adaptée à sa situation.

### *Et tout le reste*

La créativité des équipes psychiatriques a fait émerger une pléiade de modèles institutionnels originaux, au plus près des **besoins locaux** dont ces équipes pouvaient prendre la mesure grâce à leur insertion dans la communauté d'origine de leurs clients. Il est impossible d'en faire une nomenclature complète. Mentionnons toutefois l'**hospitalisation à domicile** qui, après avoir connu une certaine faveur dans les années soixante-dix, avait pratiquement disparu et semble revenir d'actualité. Aujourd'hui cette diversité et cette créativité sont mises en cause par le souci de **normalisation** d'une administration de plus en plus sourcilleuse.



## **L'ethnopsychiatrie**

À l'hôpital Avicenne de Bobigny, le psychologue Tobie Nathan puis la pédopsychiatre Marie Rose Moro ont développé des consultations pour des

familles de migrants venant de pays très différents. Le principe est d'associer à ces consultations et à ces thérapies des médiateurs partageant la culture des clients. Les thérapeutes s'efforcent de replacer les symptômes dans le contexte culturel pour retrouver le sens que ces symptômes ont dans la culture d'origine.

## ***Les institutions médico-sociales***

Les troubles psychiques sévères s'étendent dans le temps et sont à l'origine de handicaps. En France, à côté du système sanitaire, un autre ensemble d'institutions répond aux besoins des sujets souffrant de handicaps. Gérées souvent par des associations, mais pouvant aussi dépendre des hôpitaux, ces institutions sont entièrement financées par la Sécurité sociale en ce qui concerne les enfants et les adolescents. Pour les adultes, en dehors des maisons d'accueil spécialisées également financées totalement par la Sécurité sociale, le financement est double : la Sécurité sociale finance les soins, l'Aide sociale – c'est-à-dire les conseils généraux – finance l'hébergement. Les psychiatres participent au fonctionnement des institutions médico-sociales recevant des handicapés psychiques ou mentaux.

### ***Les institutions pour enfants et adolescents***

Elles dépassent le champ du handicap et, dans une optique de traitement et de prévention, se préoccupent aussi de l'enfant et de l'adolescent en danger de maltraitance ou d'exclusion sociale pouvant affecter son développement.

### *Les centres médico-psychopédagogiques (CMPP)*

Les CMPP sont des centres de consultations et de soins ambulatoires à la frontière des secteurs sanitaire et médico-social. Au nombre d'environ trois cents en France, ils sont très **inégalement répartis** sur le territoire. Ils sont habituellement gérés par des associations, dont certaines émanent de l'Éducation nationale. Les premiers ont été fondés par des enseignants et des psychanalystes, et l'inspiration psychanalytique est longtemps restée dominante. Ils associent, grâce à une équipe multidisciplinaire, des soins psychiques, des rééducations orthophoniques ou psychomotrices, une psychopédagogie. Ils s'adressent de manière privilégiée aux enfants scolarisés souffrant de difficultés psychoaffectives et de troubles de l'apprentissage et du comportement. Leur grand intérêt est un **rapport étroit avec les établissements scolaires**, qui facilite la collaboration entre soins et pédagogie. Ils sont généralement placés sous une double direction psychiatrique et pédagogique. La crise du recrutement des psychiatres met actuellement certains d'entre eux en grande difficulté.

### *Les instituts médico-éducatifs (IME)*

Fonctionnant en internat, en semi-internat ou en externat, ils reçoivent en se spécialisant des enfants et adolescents souffrant de **troubles divers** : retard mental, troubles du comportement, troubles envahissants du développement, mais aussi d'autres handicaps moteurs ou sensoriels parfois associés. Leur but a été longtemps d'offrir

à ces enfants et adolescents une **scolarité**, puis une **formation préprofessionnelle** adaptée, en même temps qu'une éducation et des **soins** physiques et psychiques, en associant des groupes de vie et des groupes d'activité, les uns et les autres de taille restreinte. Aujourd'hui, ils tendent de plus en plus à coopérer avec les classes ordinaires ou les classes d'inclusion scolaire des écoles, ainsi qu'avec les centres de jour psychiatriques. Cette ouverture et cette pratique de réseau évitent la formation de ghettos. Ils sont gérés en grande partie par des associations de parents regroupées au sein de l'**Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés** (UNAPEI). Au personnel éducatif – éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, aides médico-psychologiques – s'ajoutent un certain nombre de vacataires : psychologues, orthophonistes et psychomotriciens. Les IME disposent généralement d'assistants sociaux et parfois d'enseignants détachés par l'Éducation nationale. Ils sont placés sous direction éducative. Dans les IME recevant des enfants souffrant de retard mental ou de troubles psychiques, le psychiatre a pour fonction de prescrire et de coordonner les soins. Il joue souvent un rôle de consultant et de superviseur pour l'équipe éducative. Il peut assurer lui-même des psychothérapies et l'aide psychologique auprès des familles.

### ***Les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)***

Les SESSAD sont des **services souples et légers** composés d'éducateurs spécialisés, complétés par des psychologues et éventuellement des orthophonistes et des psychomotriciens vacataires. Ils bénéficient souvent de l'apport d'un psychiatre

consultant et sont généralement rattachés à un IME. Leur rôle est de faciliter par un accompagnement individualisé l'**intégration sociale et scolaire** des enfants en difficulté psychologique ou psychiatrique avec troubles importants de l'apprentissage. Les équipes travaillent sur les lieux mêmes où se trouve l'enfant : à son domicile, à l'école. Certains SESSAD se sont spécialisés dans les troubles envahissants du développement et viennent, à la manière des équipes mobiles de psychiatrie, soutenir l'insertion d'un adolescent autiste dans un IME généraliste ou dans un milieu préprofessionnel.

### *Les institutions pour adultes*

#### *Les maisons d'accueil spécialisées (MAS)*

Ce sont les seules institutions médico-sociales pour adultes handicapés entièrement financées par la Sécurité sociale. L'entrée y est soumise à une orientation de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Elles accueillent des personnes en **très grand handicap** qui doivent être aidées dans tous les actes de la vie quotidienne et qui sont souvent polyhandicapées. Certaines actuellement se spécialisent pour recevoir des personnes autistes dépendantes.

Les MAS sont des lieux d'**hébergement complet**, prévus parfois à vie. Toutefois les professionnels souhaitent conserver une certaine mobilité pour entretenir le dynamisme de l'institution et la motivation tant des équipes que des résidents. Le personnel est majoritairement composé d'aides médico-psychologiques et d'aides-soignants. Les

éducateurs spécialisés assurent l'encadrement. Des vacataires psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes assurent des soins coordonnés par un psychiatre auquel s'associe souvent un médecin généraliste.

### *Les foyers d'accueil médicalisés (FAM)*

Ils hébergent des personnes ayant **davantage d'autonomie** que celles reçues dans les MAS et éventuellement capables de fréquenter un lieu occupationnel ou de participer à un travail protégé dans une entreprise ordinaire, éventuellement sur des **postes réservés**, dans un **atelier protégé** ou dans un **établissement et service d'aide par le travail (ESAT)**.

### *Les équipes mobiles*

D'apparition plus récente, elles représentent la suite à l'âge adulte des SESSAD. Elles sont de deux types :

- Les **services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)** ne sont pas médicalisés – ce qui n'empêche pas éventuellement une équipe psychiatrique de collaborer avec eux. Ils accompagnent les handicapés dans leur démarche concernant l'emploi, l'hébergement, l'intégration dans les lieux de loisirs (sports adaptés). Ils sont essentiellement composés d'aides médico-psychologiques (AMP) et de travailleurs sociaux.
- Les **services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)** ont également pour fonction d'assister de

manière souple la personne handicapée dans la réalisation de son projet de vie. Ce sont des équipes médicalisées multidisciplinaires où le psychiatre retrouve une place de coordonnateur d'un soin ambulatoire.

### *Les handicapés vieillissants*

Comme tout le monde, les personnes handicapées vieillissent. Les handicaps de l'âge viennent alors s'ajouter à leur handicap principal. Les handicapés âgés peuvent trouver place dans leur famille, dans les maisons de retraite, dans les institutions sociales pour personnes âgées dépendantes (**EHPAD**). Les associations concernées développent aujourd'hui pour certaines d'entre elles, notamment pour les personnes autistes ou trisomiques, des EHPAD spécialisés.

## Chapitre 26

# L'esprit des lois

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Connaître l'arsenal législatif régissant la psychiatrie et son évolution
  - ▶ Comprendre les lois établies du point de vue de la société, en particulier autour de l'idée d'hospitalisation sans consentement
  - ▶ Comprendre les lois votées pour protéger le patient et ses droits
- 

### *Quelques mots d'introduction*

Attention il ne s'agit pas de faire ici un traité de droit pour les nuls. Cependant, comme la psychiatrie a des rapports avec la loi plus étroits que le reste de la médecine, on ne peut pas faire l'impasse sur quelques textes dont on donnera l'esprit plutôt que la lettre. La spécialité s'est, on s'en souvient, constituée autour de la loi du 30 juin 1838 qui régissait alors la totalité des hospitalisations dans les asiles d'aliénés (les hôpitaux psychiatriques de l'époque) ainsi que la protection des biens des aliénés. Rappelons que la **protection des biens** de ceux qu'on appelle aujourd'hui les *majeurs protégés* a été séparée de

l'internement en 1968. L'**hospitalisation sans consentement** a été quant à elle réformée en 1990 puis tout récemment, en 2011. Une troisième loi importante concerne les **droits**, la **citoyenneté** et le **projet de vie** des handicapés. Ce sont les trois points qui seront envisagés ici.

## *Les soins sans consentement*

### *La fréquence*

Il faut d'abord rappeler qu'ils concernent seulement **un hospitalisé sur dix**, environ un usager sur cinquante des services psychiatriques publics et une goutte d'eau dans l'ensemble des usagers de la psychiatrie. La loi du 5 juillet 2011 précise qu'ils doivent rester l'exception. Autant que possible, le psychiatre et les autres membres de l'équipe psychiatrique doivent s'assurer du consentement et de la coopération de leurs clients aux mesures de soins qu'ils leur proposent, le plus souvent en réponse à une demande directe de leur part.

### *La mise en soins sans consentement*

#### *Les soins sur décision du directeur de l'établissement*

Ils sont décidés le plus souvent **à la demande d'un tiers** et constituent la majorité des soins sans consentement. Ils s'appliquent à des sujets dont l'état nécessite des soins psychiatriques, mais qui ne sont pas en capacité de consentir à ces soins. C'est alors un tiers qui se substitue à eux pour demander des soins : un membre de la famille ou

une personne qui a montré, avant la demande, son intérêt pour le sujet. Deux **certificats médicaux** descriptifs de l'état du sujet, énonçant la nécessité de soins sous surveillance médicale et l'incapacité du sujet à consentir à ces soins, sont nécessaires. L'un des certificats au moins doit émaner d'un médecin étranger à l'établissement.

- En cas d'**urgence**, le directeur peut se contenter d'un seul certificat médical.
- En cas de **péril imminent**, il peut se dispenser de la demande d'un tiers.

### ***Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE)***

Lorsque le sujet menace la sûreté des personnes ou peut porter atteinte à l'ordre public, c'est le représentant de l'État, le **préfet** – en cas d'urgence le maire de la commune de résidence du sujet ou un commissaire de police – qui prend la décision du placement. Ces SDRE se sont substitués aux anciens placements d'office.

### ***Une période d'observation***

Le sujet reste alors soixante-douze heures à l'hôpital en observation. Cette période d'observation – qui rappelle fâcheusement la garde à vue – a suscité de nombreuses oppositions au moment de la promulgation de la loi, considérée comme obéissant en priorité à des préoccupations sécuritaires injustifiées. Le psychiatre qui a la charge du sujet doit adresser un premier certificat au bout de vingt-quatre heures justifiant le placement, puis un deuxième au bout de soixante-douze heures justifiant (ou non) la poursuite des soins sans consentement et proposant un programme thérapeutique.

## ***La généralisation de la contrainte***

Les soins sous contrainte peuvent alors se dérouler :

- soit en milieu hospitalier à plein-temps ;
- soit depuis peu en hôpital de jour, en soins ambulatoires ou même à domicile.

En cas d'inobservation du traitement extrahospitalier susceptible d'entraîner une « dégradation de l'état de santé du sujet », une réhospitalisation peut être prononcée par le directeur de l'établissement à la demande du médecin traitant.

Cette généralisation de la contrainte **hors de l'enceinte de l'hôpital** a également suscité de nombreuses contestations au nom du respect de la liberté individuelle. Elle risque d'avoir un effet contre-productif sur la demande de soins et de ternir, aux yeux des patients et de leur famille, l'image de la psychiatrie assimilée à une répression policière au service de l'ordre public.

## ***L'intervention du juge des libertés et de la détention***

On a vu que le législateur de 1838 avait limité le rôle de la justice à être un simple recours, assez peu efficace, en cas de contestation de l'internement. La loi de 2011 a rendu son **intervention systématique**. Avant l'expiration d'un délai de quinze jours, le juge des libertés et de la détention doit rencontrer le sujet en soins sous contrainte, éventuellement assisté d'un avocat, dans une audience publique où il interroge les soignants sur le fond et examine la régularité de la procédure suivie. Il peut demander une

**expertise complémentaire** et décider soit la main levée, soit la poursuite des soins. Il doit réexaminer la mise sous contrainte au bout de six mois. Sa décision est communiquée au procureur de la République qui peut la mettre en cause. Le pouvoir du juge des libertés et de la détention est limité aux soins sans consentement en milieu hospitalier, les soins ambulatoires sous contrainte n'étant pas considérés comme une privation de liberté.

### ***La levée de la contrainte des sujets hospitalisés à la demande d'un tiers***

Dans les cas de soins sans consentement à la demande d'un tiers, la fin de la contrainte peut être demandée par le patient, par la famille, par le tiers qui a réclamé la mise sous contrainte ou par l'équipe soignante. Le médecin rédige un **certificat de levée de la mesure** que prononce alors le directeur de l'hôpital. Lorsque le médecin conteste la demande de sortie formulée par le patient ou par des tiers, c'est son avis qui s'impose au directeur. Le sujet, sa famille ou le tiers qui a demandé son hospitalisation peuvent alors déposer un recours devant le juge des libertés et de la détention.

### ***La levée des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE)***

La levée dans les cas de SDRE est décidée par le préfet sur certificat du psychiatre traitant. Le préfet peut demander l'avis d'un **collège soignant**, composé du psychiatre traitant, d'un autre psychiatre et d'un représentant de l'équipe soignante désignés par le directeur de l'établissement. Il peut en outre soumettre le sujet

à **deux expertises** par deux psychiatres différents. Ces mesures de précaution s'appliquent plus particulièrement, toujours dans une optique sécuritaire, aux sujets susceptibles d'être dangereux, notamment à ceux qui ont des antécédents pénaux ou qui ont été placés en hôpital après avoir été déclarés irresponsables à la suite d'un crime ou d'un délit.

## **L'obsession de la dangerosité**

On a dit à plusieurs reprises que la dangerosité des malades mentaux, qui frappe l'opinion dans quelques cas très spectaculaires, était largement surévaluée. La montée d'un sentiment d'insécurité, plus qu'une réelle augmentation de la violence d'origine psychiatrique, fait qu'on a multiplié ces dernières années – à côté d'unités hospitalières spécialement aménagées pour les délinquants et criminels (UHSA), qui conservent un statut d'hôpital pénitentiaire – les unités pour malades difficiles (UMD). L'entrée et la sortie dans ces unités sont soumises à des procédures particulières et décidées par le préfet.

### ***La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)***

Composée de psychiatres, de magistrats et de représentants d'associations d'usagers, la CDSP est informée de toutes les admissions en soins

psychiatriques sans consentement. Elle visite régulièrement les institutions de soins pour veiller à leur bon fonctionnement. Elle reçoit les réclamations des patients et peut saisir le préfet, le procureur ou le juge des libertés et de la détention.

## *La protection juridique des majeurs*

### *Un état des lieux*

Atteint de troubles qui affaiblissent ou dévient son jugement, un malade psychiatrique peut dépenser de manière inconsidérée son argent. Au cours d'un accès maniaque, des personnes peuvent se montrer exagérément prodigues. Un mélancolique croyant sa fin prochaine peut dissiper ses biens. Un vieillard un peu confus, un malade qui commence une maladie d'Alzheimer ou un sujet déficient mental peuvent tomber entre les mains d'aigrefins qui profitent de leur faiblesse pour leur faire accepter des transactions contraires à leurs intérêts. Une famille peu scrupuleuse peut aussi utiliser à des fins douteuses la signature d'un de ses parents hors d'état de comprendre les conséquences d'un acte civil.

Depuis l'Ancien Régime, une mesure dite d'interdiction permettait de protéger les biens d'un individu hors d'état de gérer ses ressources, ainsi que le patrimoine familial.

La loi de 1838 stipulait que toutes les personnes internées étaient automatiquement placées, pendant la durée de leur internement, sous le mandat de l'établissement.

## ***La loi du 3 janvier 1968, modifiée en 2007***

### ***Les nouveautés***

- ✓ La loi supprime l'interdiction et lui substitue les nouvelles mesures, plus diversifiées.
- ✓ Elle supprime l'automaticité de la protection en cas d'internement. Un sujet peut être *hospitalisé sans consentement* (c'est la nouvelle formule) sans être protégé dans la gestion de ses biens.
- ✓ À l'inverse, elle étend la possibilité d'une mesure de protection à toute personne dont la capacité mentale ou physique est altérée ou qui est affaiblie par l'âge, que cette personne soit ou non hospitalisée et, si elle est en institution, quelle que soit l'institution.

### ***Les dispositions***

#### **La sauvegarde de justice**

C'est une **mesure provisoire renouvelable** décidée par le procureur de la République sur demande du sujet, de sa famille ou du juge des tutelles, avec un certificat médical d'incapacité partielle temporaire. Le sujet conserve ses droits civils, mais les conséquences de ses actes peuvent être annulées ou réduites *a posteriori* par un mandataire, si elles semblent contraires aux intérêts de la personne sauvegardée.

#### **La curatelle**

Sur demande du sujet ou de sa famille, après examen médical, le juge des tutelles peut nommer un curateur qui conseille la personne et contrôle ses actes civils. Celle-ci conserve toutefois son droit de vote et sa capacité civile – possibilité de

signer des actes de vente ou d'achat, de contracter un mariage, de faire des legs, etc.

### **La tutelle**

Le sujet sous tutelle perd ses droits civils ainsi que ses droits civiques et politiques : il n'est pas éligible, n'a plus le droit de vote – sauf autorisation spéciale du juge des tutelles –, ne peut plus être membre d'une association ou d'un parti politique. La tutelle est décidée par le juge des tutelles, sur demande de la famille, après audition de l'intéressé et expertise par un psychiatre. Un tuteur est désigné par le juge. Ce peut être un membre de la famille, assisté éventuellement d'un conseil de famille. De plus en plus souvent, c'est un organisme spécialisé qui assure la tutelle, encore parfois exercée, pour des patients chroniques sans famille, par un service autorisé de l'établissement d'hébergement. Le juge doit régulièrement vérifier la nécessité du maintien de la tutelle.

### **Le mandat de protection future**

Des parents d'un enfant handicapé mineur ou un sujet majeur redoutant l'évolution de ses troubles psychiatriques peuvent, à l'avance, désigner un tuteur pour l'avenir.

## ***Les droits des handicapés***

### ***Au préalable***

En 1975, une première loi cherchait à définir une politique du handicap et précisait la mise en place des autorités compétentes. Elle ordonnait pour les

usagers des établissements médico-sociaux la constitution d'un *projet individualisé* adapté à leurs attentes et à leurs besoins. Elle mettait en place des compensations et une allocation et diversifiait l'offre en favorisant les expériences et en créant des établissements innovants coordonnés entre eux.

Rénovée et modernisée en 2002, l'action sociale en faveur des handicapés a fait l'objet le **11 février 2005** d'une grande loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». L'esprit de la loi se rapproche du courant de réhabilitation sociale et de rétablissement dont il a déjà été question. La loi donne une large place à la parole et à l'initiative des usagers et de leurs familles qui deviennent, avec l'aide des professionnels, les auteurs et non plus les bénéficiaires d'un *projet de vie* qui se substitue au projet individualisé. Elle proscrit les mesures ségrégatives et favorise sous toutes ses formes l'**inclusion** sociale et la **normalisation** des conditions de vie de la personne. Elle énonce comme un droit fondamental le droit à la solidarité pour garantir aux personnes handicapées « un accès égal à la citoyenneté et un plein développement de leurs capacités d'autonomie ». En ce qui concerne plus particulièrement la psychiatrie, elle reconnaît nommément le handicap psychique, au même titre que le handicap physique, sensoriel, mental ou cognitif, parmi les « altérations substantielles, durables ou définitives des fonctions ».

***La maison départementale des personnes handicapées (MDPH)***

Une MDPH est créée dans chaque département pour accueillir, informer, orienter et accompagner les personnes handicapées, évaluer leurs besoins, déterminer les compensations auxquelles ces personnes ont droit et les aider dans l'élaboration de leur projet de vie. La MDPH s'assure des places disponibles dans les établissements spécialisés et de la disponibilité des aides en milieu ordinaire. Elle a aussi pour mission de sensibiliser les citoyens au handicap et de favoriser les actions de solidarité.

### ***La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)***

Au sein de chaque MDPH, une CDAPH, après examen de la situation de la personne handicapée par une équipe pluridisciplinaire, fixe le montant des **prestations de compensation** versées par le département. Ces prestations couvrent différentes aides :

- ✓ la présence d'« **aidants familiaux** » (des membres de la famille qui doivent abandonner ou restreindre une activité professionnelle pour aider la personne handicapée et qui peuvent suivre une formation vers ce qui devient un nouveau métier) ;
- ✓ la présence d'une **tierce personne** ;
- ✓ des **aides techniques** ;
- ✓ un **aménagement** du logement ou du véhicule ;
- ✓ une **aide animalière** éventuelle (chien d'aveugle).

C'est la CDAPH qui ouvre le droit à l'**allocation d'adulte handicapé** à laquelle peuvent s'adjoindre différents compléments de ressources.

Pour les enfants et les adolescents, elle fixe le montant d'une **allocation d'éducation spécialisée**, qui couvre les frais d'éducation occasionnés par le handicap et qui est modulée en fonction de sa gravité.

*Une accessibilité garantie aux institutions et services de la société*

La loi garantit l'accessibilité aux institutions et services ouverts à l'ensemble de la population. Tout particulièrement, elle garantit la **scolarisation** dans les établissements scolaires ordinaires des enfants et des adolescents souffrant d'un handicap.



## **Une inclusion scolaire forcée**

Très généreuse dans son principe de normalisation, la loi rencontre de nombreuses difficultés. Tous les établissements scolaires ne sont pas prêts à accepter aussi largement les enfants souffrant de handicaps graves et à mettre en place toutes les aides nécessaires. L'inclusion scolaire, fortement souhaitée par une majorité de parents, peut se faire parfois au détriment de l'enfant, mal toléré par le milieu scolaire et qui ne

trouve pas toujours sur place la  
pédagogie adaptée à son cas.

Tout enfant ou adolescent handicapé doit donc être inscrit dans l'établissement correspondant à son âge le plus proche de son domicile, qui devient son établissement de référence. Il revient ensuite à l'établissement d'élaborer un **projet personnalisé de scolarité**, qui doit avoir l'accord de la famille. Ce projet, suivi par une **équipe de scolarisation**, peut comporter :

- ✓ une scolarité totale ou partielle en **milieu ordinaire** avec ou sans auxiliaire de vie scolaire (AVS) ;
- ✓ une scolarité en **milieu scolaire adapté** (classes spécialisées de l'école ordinaire) ;
- ✓ une scolarité en **institut médico-éducatif** (après orientation par la MDPH) ;
- ✓ différentes modalités pédagogiques ou rééducatives spécialisées adaptées au cas individuel ;
- ✓ des conditions particulières pour l'accès aux examens et concours.

### ***La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)***

La CNSA est une caisse de sécurité sociale qui contribue au financement de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ayant perdu leur autonomie. Elle concourt à l'allocation personnalisée d'autonomie versée aux personnes âgées dépendantes ainsi qu'aux prestations de compensation du handicap. Elle répartit les crédits de la Sécurité sociale versés aux établissements médico-sociaux pour personnes dépendantes.

## Sixième partie

### La partie des Dix



*Dans cette partie...*

Voici quatre listes en lien avec la psychiatrie. Elles permettent de rendre la théorie plus réelle, en l'ancrant dans la pratique. La pratique du langage tout d'abord, avec le recensement de termes plus ou moins agréables, plus ou moins pertinents, plus ou moins élégants, servant à désigner « le fou », « le malade mental ». À ce lexique succèdent dix présentations de cas, à

même d'illustrer la théorie par des exemples pratiques et de lui donner vie. Une liste des acteurs français qui ont, après la Libération, marqué l'époque contribue également à donner un corps et un visage à la discipline. Enfin quelques associations, aussi bien de professionnels que d'utilisateurs, peuvent servir de guide pratique, à l'occasion.

## Chapitre 27

# Dix mots pour la folie

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Connaître les différents termes utilisés pour désigner un malade mental
  - ▶ Comprendre l'étymologie, les significations exactes et la connotation particulière des expressions
  - ▶ Sourire un peu
- 

*Fou, insensé, aliéné, malade mental, névrotique ou psychotique, troublé psychiquement ou handicapé psychique. On a vu au long de ce livre se succéder des termes pour définir l'objet de la psychiatrie : des personnes atteintes de désordres de la pensée et des émotions. Affublées de différentes dénominations (plutôt péjoratives), ces personnes ont toujours existé. La langue populaire en témoigne. Voici dix mots, leurs synonymes et quelques expressions montrant du doigt ceux qui ne raisonnent pas comme tout le monde et à qui l'on conseille, parfois contre leur gré, de consulter un psychiatre.*

***Bredin (ou berdin)***

On a déjà rencontré ce vieux mot, originaire semble-t-il du département de l'Allier. Il a gagné tout le sud de la France et était associé, on l'a dit, au *déberdinoir*, un trou dans un mur de chapelle ou dans un tombeau de saint, dans lequel on forçait pour la guérir de ses divagations la tête des délirants ou des innocents – un joli mot opposant, à celle du fou dangereux, l'image d'un simple d'esprit qui ne peut pas nuire, du latin *innocens*. Le niais et le fou voisinent dans le langage, comme ils ont longtemps voisiné dans les asiles. Le *zozo* est plus un niais qu'un fou. Le mot viendrait d'une déformation du prénom Joseph. Pourquoi les *Joseph* seraient-ils plus bêtes que les autres ? On en connaît de très intelligents, voire de célèbres. Est-ce parce que leur saint patron a accepté de prendre des vessies pour des lanternes et son rival en amour pour l'ange de l'Annonciation ? Une pensée blasphématoire vite refoulée, qui a peut-être traversé l'esprit des fidèles.

Bredin se rapproche de *bredouillerr* : dire des niaiseries ou tenir des propos incompréhensibles. Le *bredindin* est en termes de marine un palan qui grince comme s'il bredouillait. L'origine serait le terme latin *brittus* qui désignait un Breton. J'en demande pardon aux habitants de Morlaix, de Brest ou de Quimper, les Bretons au Moyen Âge passaient pour des niais qui disaient n'importe quoi. Sans doute parce qu'on ne comprenait par leur langue. L'Allemand pour un Polonais s'appelle encore *Niemiec*, « le muet ».

## ***Brindezingue***

Attesté depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, il désignait au pluriel ce que nous appelons la cuite, l'ivresse. Dans *L'Assommoir*, Émile Zola parle d'« être dans les brindezingues ». Le mot fait référence au zinc qui recouvrait le comptoir des marchands de vin. Il a pris un sens plus général aujourd'hui et est souvent remplacé par une allusion à la cordonnerie : « être à côté de ses pompes », le mot *pompe* désignant au départ une chaussure percée – une pompe aspirant à la marche l'eau de la chaussée.

## ***Cinglé***

Il vient du verbe *cingler*, « frapper d'un coup vif avec une verge flexible », nous dit le dictionnaire.

Le XIX<sup>e</sup> siècle l'utilisait aussi pour l'ivresse : « se cingler le blair ». Il est vrai que l'alcool fouette le sang et rougit le nez. L'origine est latine : *cingula* qui veut dire « sangle ». Le cinglé sanglé évoque le fou à lier, attaché à son lit.

## ***Dingo***

On dit aussi *dingue*. « Ce dingo de Gorguloff, pas un psychiatre n'a osé le reconnaître » a écrit, scandalisé, Hervé Bazin dans *La Tête contre les murs*, inspiré par son internement. Pavel Gorguloff, vous le savez, était un médecin d'origine russe, mais interdit d'exercice de la médecine en France et condamné pour exercice illégal. Autoproclamé « chef des fascistes russes », il voulait combattre le bolchevisme et reprochait à la France de n'être pas intervenue pour stopper la révolution d'Octobre. Il décida en punition d'assassiner le président de la

République, le malheureux Paul Doumer qui n'y pouvait rien. Malgré de nombreuses protestations, il fut considéré comme responsable de son acte et guillotiné. *Dingue* vient du verbe *dinguer*, divaguer, tomber brutalement, comme dans « envoyer dinguer ». Il ferait écho au son produit par le balancement de la cloche : *ding*. Une *cloche* est aussi quelqu'un dans l'esprit de qui quelque chose cloche (du latin vulgaire *cloppicare*, « boîter ») ou qui a « la cloche fêlée ». Il est possible que la voyelle *o*, qui a complété *dingue*, vienne d'une contamination avec le chien sauvage d'Australie rendu célèbre par la traduction du *Goofy* de Walt Disney. On pense aussi aux victimes de la dengue, cette maladie virale tropicale qui donne des éruptions cutanées, parfois des hémorragies, mais qui ne rend pas fou, encore qu'avec beaucoup de fièvre on puisse délirer.

## ***Givré***

Le *givre* est une matérialisation du brouillard sous l'influence du froid. Ce qui n'était qu'une vapeur enveloppante cristallise en une fine poussière qui recouvre les feuilles des arbres et les brins d'herbe. Les pâtisseries imitent ces efflorescences en enrobant de sucre les agrumes glacés. De même, saisie par de froides humeurs, la brume rêveuse qui entoure nos pensées précipite en particules. Nos idées se fixent au lieu de se dissoudre les unes dans les autres, nous sommes givrés comme des fruits et notre folie ne nous permet plus de penser à autre chose qu'à ce qui nous obsède. L'origine du mot serait prélatine et vient de la langue d'oc.

## ***Loufoque***

Jadis les corporations usaient d'un langage secret obtenu par des déformations codées du langage courant. Il nous reste le *verlan* qui fleurit parmi nos adolescents et se répand grâce aux SMS. Les bouchers de Paris avaient leur langue pour se reconnaître. Le procédé consistait à remplacer par un *ll* la première lettre d'un substantif et à repousser cette lettre à la fin du mot. On pouvait ou non y ajouter un suffixe de son cru. Les bouchers étaient ainsi devenus des *louchersbem*. Vous avez compris et vous pouvez vous amuser à parler en *largonji*. C'est ainsi que *fou* est devenu *louff*, *loufoque* ou *louftingue*. Les bouchers devaient souvent lancer des diagnostics psychiatriques à leurs clients pour que le mot ait connu un tel succès et une telle pérennité.

## ***Maboul***

Là ce ne sont plus des bouchers qui font le vocabulaire, mais des marins et des militaires des premières guerres coloniales. Le mot vient de l'arabe et appartient à ce *sabir*, mélange d'italien, de français, d'espagnol et d'arabe, qui avait cours dans les ports de la Méditerranée. Il rime avec « perdre la boule ». En Savoie la *sinoque* serait une bille pour jouer, une petite boule en somme. Être *sinoque* c'est être zozo, niais mais peut-être aussi un peu fou.

## ***Siphonné***

Le *siphon*, avant d'être le tube recourbé qui empêche la remontée des mauvaises odeurs dans

vosre lavabo, était du temps de François Rabelais un tuyau qui servait à tirer le vin. Il a désigné aussi la tête (pourquoi ?), d'où l'expression « recevoir un coup sur le siphon ». Mais pour les marins c'était aussi la rencontre tumultueuse des vents, une *trombe*, un terme emprunté à l'italien *sifone* qui avait ce sens ancien. Faut-il y voir une proximité avec le *typhon* (un mot qui vient du grec et que les Arabes ont aussi emprunté) ? « Être siphonné » c'est avoir l'esprit courbé par les tempêtes intérieures, peut-être pour avoir trop tiré sur le siphon du tonneau !

## ***Timbré***

Le *Trésor de la langue française* nous dit qu'être *timbré* c'est être seulement « un peu fou », cela depuis le XVI<sup>e</sup> siècle. Au début du XVII<sup>e</sup>, un auteur se plaignait déjà que sa femme eût « le timbre malsain » et Jean Racine dans *Les Plaideurs* parle de « timbre brouillé ». Avant de se coller sur une enveloppe pour répondre aux exigences de la poste, le *timbre* a désigné une cloche sans battant, le couvercle métallique qui résonne quand on le frappe. C'était aussi un tambour en usage au Moyen Âge. Le mot d'ailleurs vient du grec *tympanon*, « le tambour » – en vient aussi le *tympan*, ce petit tambour dans notre oreille qui nous permet de percevoir le timbre d'une voix. Sa cloche fêlée ne permet pas à celui qui déraisonne de résonner normalement aux coups d'un marteau. D'ailleurs ne dit-on pas de lui qu'il est *frappé*, ou encore, prenant la cause pour l'effet, qu'il est *marteau* ? Marcel Proust, plus délicat, se contentait de *piqué*. L'anglais se réfère à une autre métaphore, celle des noix (*nuts*) dont les cerneaux évoquent le cerveau et qui,

lorsqu'elles sont sèches et qu'on les secoue, bougent en faisant un petit bruit de creux.

## ***Toqué***

On en arrive à *toqué*, « qui a le cerveau dérangé » dit le dictionnaire, attesté depuis au moins 1685. Il vient du latin populaire *toccare*, « toucher, frapper ». On dit bien de quelqu'un qu'il est *toctoc*, avec un petit geste qui frappe la tempe du doigt (ou qu'il lui « manque une vis », et alors le doigt touche, en tournant, le même endroit). D'où encore l'expression « il est tapé » ou encore le mot composé *frappadingue*, qu'ignore le *Trésor de la langue française*.

## ***Et quelques expressions en supplément***

Dans chaque région, l'hôpital psychiatrique de référence a fourni sa provision sémantique : à Paris on était « bon pour Charenton », à Lyon « un échappé de Bron ».

Le déficient intellectuel « n'a pas de lumière à tous les étages ». Inspiré peut-être par la phrénologie de Franz Joseph Gall (vous vous en souvenez ?), on cherche chez lui la « case » manquante. En allemand ce sont « les tasses qui ne sont pas toutes rangées dans l'armoire ». Le français s'étonne d'« une araignée » voire d'« un hanneton au plafond » où l'anglais, plus architectural et moins entomologiste, se contente d'« une chauve-souris dans le beffroi ».

Tous ces mots, toutes ces phrases traduisent, avec la permanence de la folie, le besoin de la figurer tout en la masquant. La moquerie apparente dissimule un sourd rejet et une peur qui dorment au cœur de chacun d'entre nous. Vous avez sûrement d'autres mots et d'autres expressions à ajouter.

## Chapitre 28

# Dix histoires psychiatriques

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Mieux comprendre la psychiatrie grâce à des cas pratiques venus illustrer la théorie
  - ▶ Rendre la lecture de ce livre plus romancée
- 

### *Avis au lecteur*

Aucune de ces histoires n'est vraie et toute ressemblance avec des personnes existantes ou ayant existé ne pourrait être qu'une coïncidence. En même temps, elles sont toutes authentiques. Comment l'auteur pourrait-il faire autrement, en inventant des cas pour illustrer une pratique, que de se référer à la sienne ? Collage de souvenirs, de lectures, d'observations cliniques entendues dans des réunions d'équipe ou des congrès, les personnages qui maintenant entrent en scène sont porteurs de signes et de destinées qui, pour être individuelles, n'en sont pas moins typiques. Puissent-ils, comme dans un roman, vous intéresser suffisamment pour vous donner l'impression de les avoir rencontrés. Puissent-ils aussi attribuer aux pages qui précèdent un peu de leur épaisseur charnelle et vous convaincre que la

psychiatrie, c'est moins un savoir et un pouvoir thérapeutique, moins des institutions et des lois, qu'un faisceau de relations. Si savoir et pouvoir il y a, incarnés dans des institutions, réglementés par des lois, c'est à travers des relations humaines qu'ils se constituent et s'effectuent.

## *L'homme au parapluie*

« C'est son dossier qui m'a sauvé la vie » disait le commissaire, en tirant sur sa pipe à la manière de Maigret. Si l'on insistait, il montrait son trophée, un gros amas de feuilles de papier déchirées par des plombs de chasse. Depuis des mois, celui qu'on appelait « l'homme au parapluie » – été comme hiver, qu'il pleuve ou fasse soleil, il allait dans le quartier armé d'un éternel parapluie noir qui lui servait parfois d'épée pour menacer les passants – inondait ses voisins de lettres d'insultes. Ceux-ci avaient fini par porter plainte auprès de la police où les missives s'accumulaient, jusqu'au jour où, bardé de ces preuves qu'il avait bourrées dans sa poche-portefeuille, le commissaire décida d'aller voir l'épistolier pour lui faire entendre raison. L'homme au parapluie refusa d'ouvrir. Comme le commissaire insistait, il saisit sa carabine et tira à travers la porte à bout portant. Les projectiles allèrent se loger dans les lettres devenues bouclier. Il fallut appeler des renforts. Saisi, immobilisé, l'homme au parapluie, après qu'un médecin eut constaté qu'il représentait un danger pour la sécurité des personnes, se retrouva à l'hôpital psychiatrique.

Sa première rencontre avec le psychiatre fut orageuse. Il protestait contre son arrestation,

n'ayant agi disait-il qu'en légitime défense. Non, il n'était pas fou, ne l'avait jamais été. Était-ce sa faute si les gens dans le quartier le repoussaient, si les enfants se moquaient de lui qui était bien plus intelligent qu'eux. Voilà des mois que les habitants de la maison lui envoyaient à dessein de mauvaises odeurs. La voisine du dessus, une jeune femme aguichante, non contente de lui faire des mines quand elle le rencontrait et de tortiller des fesses en montant devant lui dans l'escalier, cuisinait, fenêtre ouverte, pour l'exciter, des plats fortement alliacés. Elle faisait à dessein sécher ses dessous sur son balcon et s'arrangeait pour qu'ils tombent chez lui au prétexte d'un coup de vent. Il l'avait vue inviter le jeune homme du dessous et avait entendu ensuite ses râles d'amour à travers le plafond. Il lui avait écrit sans ménagement ce qu'il pensait d'elle. Elle s'était alors liguée avec les autres habitants de l'immeuble pour multiplier à tous les étages des éclats de voix, des bruits suspects qui lui étaient évidemment destinés. Maintenant, quand il passait dans la rue, on lui faisait des gestes obscènes, imitant une masturbation ou une sodomie. Depuis peu les gestes s'étaient modifiés, mimant un égorgement. Il avait même vu le boucher aiguïser un couteau en le regardant fixement. C'est pourquoi il avait acheté une carabine de chasse et des munitions. Quand le commissaire était venu, il avait cru que c'était une feinte pour l'assassiner et s'était défendu.

Originaire d'un lointain département de montagne, il vivait seul, n'avait ni parents, ni amis, n'avait jamais eu de compagne : « Les femmes ? toutes des putes ! » affirmait-il avec énergie. Pourquoi et dans quelles circonstances était-il venu à la ville ? On l'ignorait, on l'ignorait toujours. Il avait fait quelques petits boulots sur le

marché-gare, jusqu'au jour où une lourde caisse lui était tombée sur le pied lui écrasant la cheville. Depuis il boitait, après un long séjour en maison de rééducation – où, semble-t-il, il avait donné maille à partir au personnel et où seule la mansuétude d'une infirmière chef, originaire du même pays que lui et qui l'avait pris en pitié, lui avait évité l'exclusion. Il touchait une petite pension d'invalidité qui lui permettait de se nourrir, assez mal, et de payer son loyer.

Le séjour hospitalier fut bref. Calmé par quelques neuroleptiques à doses modérées, l'homme au parapluie noua avec son psychiatre une relation qu'on peut dire amicale dans son genre. Il s'était découvert là aussi une parenté. Le psychiatre venait également du même département. Enfant il allait chercher des champignons non loin du village où l'homme était né. Cette proximité géographique le rendit moins dangereux et bientôt aimable. L'homme au parapluie avait une véritable passion pour la géographie. Il lui fallait connaître au kilomètre près la distance entre deux villes, entre deux montagnes, la longueur d'un fleuve. Il passait son temps à consulter des cartes dont il faisait collection, comme si en maîtrisant le dessin du territoire il pouvait mieux ordonner la confusion d'émotions et de sentiments qui l'habitait. L'histoire par contre ne l'intéressait pas. Dans ses changements incessants, on peut dire qu'elle l'angoissait. De la sienne on ne sut que peu de choses, confiées par bribes, par petites allusions découpées sur un fond de silence. Sa mère avait dû être, laissait-il entendre, une alcoolique misérable, méprisée par le village. Il ne semblait pas avoir eu de père connu et on croyait comprendre que sa bâtardise avait fait de lui un enfant mis à l'écart, déconsidéré, solitaire.

Il ne se rappelait pas, ou ne voulait pas se rappeler, avoir joué.

Par contre maintenant il se rattrapait, sur un mode étrange. Il imposa à son psychiatre une sorte de rituel ludique. Tous leurs entretiens devaient commencer par la solution d'une charade qu'il lui apportait. Ce n'est qu'après qu'on pouvait commencer à aborder avec précaution ses plaintes, ses pensées, ses projets. Il lui fallait d'abord s'assurer une position dominante, la position de celui qui connaît la solution, pour pouvoir ensuite présenter une demande : une aide ou sa libération. De savoir que seul le préfet pouvait l'accorder et que le médecin était comme emboîté dans une hiérarchie de pouvoirs qui limitaient le sien le tranquillisait. Pour l'homme au parapluie, le problème était d'importance et revint souvent dans la relation qui s'initiait alors à l'hôpital et se poursuivait de manière ambulatoire au centre médico-psychologique pendant des années : comment demander de l'aide à quelqu'un sans se faire avoir, sans succomber à la dépendance ?

Le préfet ayant levé l'internement, l'assistante sociale lui avait trouvé un autre logement. Il avait donc quitté ses « persécuteurs » à leur grand soulagement. Il poursuivait plus calmement sa vie dans un autre quartier, voyait régulièrement son psychiatre, avec un plaisir manifeste. Il engagea un autre rituel, celui de l'ordonnance. Alors que le psychiatre maintenait quelques calmants pour lui éviter des colères et contrôler des conduites agressives qui auraient pu à nouveau faire intervenir la force publique, il y ajoutait des vitamines dont il estimait avoir besoin et que le psychiatre inscrivait à la suite sous sa dictée.

L'honneur ainsi était sauf. Brusquement la situation se détériora.

Après une panne d'électricité qui avait plongé une nuit durant tout le quartier dans l'obscurité, il s'estima lésé. N'acceptant pas le hasard, il se persuada que la panne lui était personnellement destinée et, pour se venger, refusa de payer ses factures électriques. Au bout de quelques mois, on lui coupa le courant. Dans sa jeunesse, il avait travaillé – on l'apprit alors – comme ouvrier chez un électricien. Il en savait assez pour se brancher directement sur le compteur de l'immeuble. Ce qu'il fit subrepticement. Accusé de vol d'électricité, il fut convoqué au tribunal et condamné à une amende qu'il refusa évidemment de payer. Menacé cette fois d'un emprisonnement, il s'en prit violemment à un agent de l'EDF, en qui il voyait un nouveau persécuteur. Interné à nouveau, il crut sa dernière heure venue et sombra dans la mélancolie, ne s'alimentant plus, affirmant qu'il était définitivement ruiné, qu'il ne pourrait jamais payer ses dettes, que son corps s'en allait en morceaux. À la différence d'un authentique mélancolique, il récusait toute culpabilité. Quand on essayait de lui proposer un autre point de vue sur les événements, il se rebiffait et affirmait orgueilleusement : « Ma pensée me dit que c'est comme ça, ma pensée ne se trompe jamais. » Les autres, les autres seuls étaient responsables de ses malheurs. N'avait-il pas le droit pour lui ? Comment osait-on, après tout ce qu'on lui avait fait, lui réclamer encore quelque chose ? Il écrivit au président de la République, son seul recours pensait-il, le seul assez puissant pour résoudre ses problèmes et le tirer de son impuissance. L'absence de réponse le désola. Mis sous tutelle, à son grand dam, il remboursait néanmoins malgré lui ses dettes... et se calmait peu à peu. Avec

l'aide de quelques médicaments, cette fois des antidépresseurs, entouré par des soins infirmiers diligents, il reprenait peu à peu confiance, retrouvait avec son psychiatre le plaisir des charades et se replongeait dans ses cartes de géographie.

Il put à nouveau sortir et déménagea dans un autre quartier. Les années passèrent, entrecoupées certes de menus incidents de voisinage, beaucoup moins spectaculaires et moins lourds de conséquences. Il s'était trouvé une distraction. Voulant mettre à profit et compléter *de visu* ses connaissances géographiques, il s'était acheté un petit véhicule d'occasion et partait pour d'assez longs voyages. Il revenait cette fois avec des photos et des récits, s'était même fait des connaissances dont il disait quelques mots et qu'il allait parfois revoir l'année suivante. La vie passait, pour lui comme pour le psychiatre et son équipe du CMP dont il était devenu un hôte habituel, s'asseyant parfois quelques heures dans la salle d'attente, observant les autres clients. Certains disaient que sa folie lui avait permis de sortir de sa solitude, de se faire des amis, de trouver du plaisir dans la vie, qu'au fond il s'en servait et y trouvait des bénéfices. Après tout, pourquoi pas ?

Après bien des années, un jour il a disparu sans laisser de traces. On était habitué à d'assez longues absences. On l'a attendu, il n'est pas venu. Est-il mort ? A-t-il été interné à la suite d'un nouvel incident, au loin, lors d'un de ses voyages habituels ? A-t-il trouvé mieux et, sans gratitude pour ses anciens thérapeutes, recommencé ailleurs une nouvelle aventure ? Qui sait ? Le diagnostic de paranoïa n'ajoute pas grand-chose à cette histoire.

## *Pierre au fil d'une vie*

Il avait vingt ans, l'âge de tous les espoirs. Assez bon élève jusqu'au bac, il avait traîné un an ou deux dans de petits boulots, mais venait de s'inscrire en faculté, au soulagement de ses parents qui le trouvaient depuis quelque temps morose, replié sur lui-même, éloigné de ses anciens copains et sans initiative. Le premier trimestre s'était apparemment bien passé et il avait rejoint sa famille pour un séjour au ski. Un soir il ne rentra pas. Son père, inquiet, alla au bas des pistes et le trouva frigorifié, immobile, l'œil vague, sans un mot. Il fallut presque user de la force pour le faire rentrer. Toute la nuit il tourna dans sa chambre, grommelant des mots sans suite. Quand on tentait de l'approcher, il hurlait des insultes. Sa mère voulut le prendre par l'épaule dans un geste affectueux, il lui échappa comme si elle l'avait brûlé, cria de plus belle et même l'insulta grossièrement, ce qui n'était jamais arrivé. Il avait été un petit garçon puis un adolescent plutôt docile, gai et gentil.

Hospitalisé en urgence avec le diagnostic d'invasion schizophrénique, Pierre restait inabordable, enfermé dans un silence entrecoupé d'onomatopées incompréhensibles qui semblaient s'adresser à des interlocuteurs invisibles pour tout autre que lui. Il refusait de se lever. Les infirmières non sans peine devaient s'occuper de sa toilette et lui donnaient à manger comme à un petit enfant. Lorsqu'elles entraient dans sa chambre, elles avaient l'impression de faire effraction dans son corps : il se recroquevillait sous ses couvertures et semblait en état de panique. Quand ses parents venaient le voir, il refusait de leur parler. Inlassablement les parents racontaient au psychiatre combien il avait changé

en quelques mois. « On ne le reconnaissait plus. » Ils s'en voulaient d'avoir attendu la crise « pour faire quelque chose », se posaient la question d'une toxicomanie possible qui serait passée inaperçue. Un traitement psychotrope fut institué et tous les jours le psychiatre essayait d'entrer en contact avec Pierre. Il devait se forcer, tant la relation était difficile. Pierre ne disait rien, paraissait ailleurs, sur une terre lointaine. Il dégagait une impression d'étrangeté, son regard était vide, mais dans ce vide semblaient flotter parfois des bribes d'intérêt, vite recouvertes d'un nuage d'angoisse, une angoisse qui diffusait autour de lui comme une odeur de mort et contaminait ses interlocuteurs. « Si on s'écoutait, disaient ceux-ci, on l'oublierait dans son coin. »

Après quelques semaines, Pierre, sollicité quotidiennement, finit par venir à table. Il restait silencieux et se mêlait peu aux autres convives, patients ou infirmiers. Comme il avait néanmoins retrouvé une certaine autonomie, prenait soin de son corps et acceptait de se nourrir, le psychiatre, sur la demande de sa famille, décida une sortie et proposa des entretiens familiaux au CMP. Puisque seul à seul Pierre refusait de confier ce qu'il ressentait, peut-être serait-il plus disert soutenu par les siens.

En présence de ses parents, de ses frères et de sa sœur, Pierre venait donc rencontrer le psychiatre. Muet tout au long des séances, il semblait écouter les membres de sa famille confier leur perplexité, leur inquiétude, leur tristesse, parfois leur colère devant son attitude. À la maison il ne faisait rien, sinon écouter des disques, toujours les mêmes, du rock pour la plupart. Il fumait beaucoup et ne disait mot. Puis un jour il éclata en reproches.

Reprenant de petits incidents du passé familial, il égrenait ses rancœurs. On ne s'était jamais soucié de lui, toute l'attention des parents était dirigée vers sa sœur, vers ses frères. Il n'y en avait que pour eux, les chouchous. Il savait bien qu'il était le mal-aimé. Les parents surpris se défendaient. Ils tombèrent des nues quand Pierre exprima sa conviction d'être un enfant adopté, trouvé par hasard. Ce n'est que bien plus tard, cette fois dans des entretiens individuels avec le psychiatre qu'il acceptait enfin de voir individuellement, qu'il affirma être le fils naturel du général de Gaulle et de son institutrice de maternelle, un enfant non reconnu et abandonné par sa mère. Il n'avait que mépris pour ceux qui l'avaient élevé et qui lui avaient toujours fait sentir qu'il n'était pas comme les autres. Assez vite d'autres idées se mêlèrent à cette première confidence. Un complot l'avait pris pour cible, on lui envoyait des messages pour lui donner des ordres qu'il refusait de suivre au grand mécontentement de ses commanditaires. Sa main gauche devait alors céder à des ondes auxquelles seule sa main droite pouvait résister. Il en résultait une horrible déchirure dans tout son corps.

Cette période d'échanges dura peu. Bientôt Pierre retourna à son silence. La vie à la maison devenant difficile, son père lui avait acheté un petit appartement, où, tant bien que mal, il apprenait à devenir autonome, se confectionnait ses repas et passait la plus grande partie de ses journées au lit, sauf les deux matinées hebdomadaires d'ergothérapie à l'hôpital de jour où il s'adonnait, sans enthousiasme, à la confection d'objets artisanaux. Il sortait le soir pour déambuler dans les rues. Le dimanche il retournait rituellement manger chez ses parents, ne livrant que quelques monosyllabes en réponse

à leurs questions insistantes sur son emploi du temps pendant la semaine écoulée.

Les mois passèrent. Pierre continuait de prendre un traitement neuroleptique, venait régulièrement au CMP voir les infirmiers, participait modestement à un groupe de parole avec quelques-uns de ses semblables et avait un rendez-vous mensuel avec le psychiatre. Il s'était mis hors du temps. Jadis il aurait été chronique à l'hôpital psychiatrique. Il était devenu un malade chronique de ville, un handicapé psychique, bénéficiant de son allocation mensuelle, avec quelques activités répétitives.

Pour quelles obscures raisons ce couvercle de pseudo-normalité se fissa-t-il ? Un jour, Pierre ne parut ni à son groupe, ni à l'hôpital de jour. Le dimanche, ne le voyant pas venir, ses parents s'inquiétèrent. Ils allèrent chez lui. Pierre refusa d'ouvrir. Les parents prévinrent l'équipe du CMP avec laquelle ils étaient restés en contact étroit. Une infirmière fit quelques tentatives à domicile, elle n'eut pas plus de succès. Après plusieurs jours d'attente, une longue négociation s'engagea entre le psychiatre accompagné de l'infirmière et Pierre toujours enfermé, mais qu'on entendait bouger derrière la porte. Il finit par ouvrir, sale, échevelé, amaigri. Le psychiatre et l'infirmière le convinquirent de les accompagner au bistrot voisin, toujours mutique, inexpressif. Il était midi, l'heure de déjeuner. Ils commandèrent des œufs au plat. Pierre, tassé sur lui-même, regardait fixement son assiette, en proie semblait-il à une véritable terreur. « On dirait que tu as peur de ces œufs, comme s'ils te regardaient » lui dit l'infirmière, sensible au malaise que Pierre lui communiquait. En réponse Pierre, visiblement

affamé, se jeta sur les œufs et les dévora. D'avoir été comprise, son angoisse projetée sur les œufs s'était-elle dissipée ? Ce fut le début d'une nouvelle relation de confiance entre l'infirmière et lui. Il venait la rencontrer au CMP presque tous les jours et par son intermédiaire se mêlait un peu plus aux autres.

Encore quelques mois et il rencontra Mathilde. C'était aussi une ancienne malade de l'hôpital, plus âgée que lui, plus dynamique et protectrice. Ils se mirent en ménage, sans beaucoup se parler, mais devinrent inséparables, lui quasiment collé à elle la suivant comme un petit chien, elle maternelle le guidant partout. Ils ont ainsi vécu plusieurs années ensemble, puis un jour ils se sont séparés, retournant chacun à sa solitude.

Pierre aujourd'hui est un sexagénaire un peu épaissi, un peu plus loquace que dans sa jeunesse. Son père est mort. Il a toujours sa vieille mère qu'il va voir de temps en temps. Ses frères et sa sœur se sont mariés, ont eu des enfants. Il aime bien ses neveux et nièces, mais ne les voit guère que pour les fêtes de Noël. Il a gardé quelques amis, des anciens du CMP avec lesquels il va parfois au cinéma ou au café. Il vit dans son appartement et continue à fréquenter un groupe d'entraide mutuelle qui a pris le relais de l'hôpital de jour et qui est animé par une monitrice sur laquelle il a reporté l'affection qui le liait jadis à son infirmière. Son ancien psychiatre a pris sa retraite. Il lui téléphone épisodiquement pour s'assurer qu'il est toujours vivant. Si l'on ne connaissait pas son passé, on pourrait dire que c'est un vieux garçon un peu original et pas très causant.

## *La mélancolie de madame Feugerolles*

Madame Feugerolles avait été très belle, tous ceux qui la connaissaient de longue date l'affirmaient. Dans sa jeunesse elle faisait des ravages. Elle avait épousé un premier homme, puis un second, puis un troisième, et avait connu entre ces unions rompues par des divorces de nombreuses aventures. L'âge venant, elle avait vécu seule, s'occupant lointainement de ses deux enfants, confiés à d'autres membres de sa famille. Ayant dissipé une certaine fortune qui lui venait de son père, elle avait été contrainte de faire des ménages, ce qu'elle vivait comme une humiliation. Peu à peu l'impression d'avoir gâché sa vie l'envahit. Elle laissa son travail, s'enferma chez elle et un beau jour, prise de désespoir, courut se précipiter dans le fleuve. Un passant se jeta à l'eau pour la sauver.

Hospitalisée, madame Feugerolles, le visage crispé, la parole et les gestes ralentis, s'accusait de tous les maux. Elle avait été une mauvaise mère, une moins que rien, une incapable. Jamais elle ne remonterait la pente. Elle n'avait plus d'argent, plus d'amis, plus de proches, personne à aimer, personne qui l'aimait. D'ailleurs elle ne se sentait plus capable d'aimer, elle n'avait plus aucun sentiment pour qui que ce soit. Elle tournait le dos à sa sœur qui était accourue, à sa fille et à son fils venus aussitôt. Elle se sentait indigne de leur affection. N'avait-elle pas abandonné ses enfants aux soins des autres ? Pour tous ses crimes, elle réclamait une punition ou la mort, qui la délivrerait et surtout délivrerait les autres d'une présence odieuse et néfaste. Car, elle le savait, elle portait malheur à tous ceux qui l'approchaient. Crispée inlassablement sur le passé, elle s'accusait d'avoir nui aux hommes qui l'avaient épousée et

qui, tous les trois, avaient selon elle dû la fuir pour survivre. Dans sa détresse, elle ne pouvait même plus pleurer, ne dormait plus et refusait la nourriture. D'ailleurs comment aurait-elle pu manger ? Il n'y avait plus rien en elle, tout était détruit, plus d'estomac, plus d'intestin, plus d'organe, seulement un grand vide douloureux, un vide occupé de souffrances et d'excréments. Avec sa beauté qui s'en était allée, tout ce qui avait compté pour elle s'était évaporé. Elle ne supportait plus de se voir dans une glace qui lui renvoyait, disait-elle, l'image d'une sorcière édentée, chauve et déjà à moitié pourrie. On l'avait tirée de l'eau, mais elle recommencerait. Elle voulait mourir.

Il fallut contraindre madame Feugerolles pour lui poser une perfusion d'un médicament antidépresseur qu'elle s'empessa d'arracher. Plusieurs tentatives successives aboutirent au même résultat. Le dialogue était impossible. Madame Feugerolles exprimait inlassablement les mêmes plaintes et opposait les mêmes refus. Son anorexie persistante mettait sa vie en danger. Avec l'accord de sa famille, placée sous le régime des soins sans consentement, par décision du directeur de l'hôpital, après qu'un médecin extérieur à l'établissement eut confirmé l'avis du psychiatre du service, un traitement par électrochocs sous anesthésie générale fut entrepris. Après six séances, l'état de madame Feugerolles était transformé. Elle avait retrouvé le sourire et un certain goût de vivre.

Suivie régulièrement depuis, madame Feugerolles s'est rapprochée de ses enfants, surtout de sa fille adulte qui vit en couple et est mère de famille. La retraite venue, elle trouve auprès de ses petits-

enfants quelques compensations à son défaut d'expérience maternelle. Son humeur n'est pas toujours égale et il lui arrive de connaître des moments dépressifs. Elle trouve alors un soutien psychothérapique auprès du psychiatre qui l'a traitée la première fois. Une rechute n'est pas exclue. Pour l'éviter ou la retarder, elle prend des antidépresseurs en comprimés. Depuis qu'il a lu toutes les publications sur les troubles bipolaires, le psychiatre a ajouté un régulateur de l'humeur à son traitement.

## *Confession d'un maniaque*

« Ah ! je ris, je rigole, la vie est belle. Tu trouves pas ? Comment tu t'appelles ? Hochemane ? Tu hoches la tête, mane, maniaque, tu dis que je suis maniaque. Non ? Oh ! tu prononces hoquemane ? Alors c'est que t'as le hoquet. Viens donc rigoler avec moi. Tu sais pas ce que j'ai fait ? J'ai volé à l'étalage. Ils ont pas aimé ça. Tu parles. Je passais dans la rue. Il court, il court le furet, il est passé par ici, il passera par là. Furetait partout. Furet le Führer. Le Führer c'est moi. Heil Hitler. T'as pas vu mon déguisement. J'ai mis un saladier sur ma tête. Comment ça me va ? Comment ça va ? Et toi ? Étoile du soir espoir, étoile du matin chagrin. Non, pas le chagrin. Le chagrin surtout pas. Silence... Qu'est-ce que je disais ? Que j'ai pris une jolie broche aux Galeries, enfin tu sais où. Faut pas faire de pub. On me gronderait. Mais je m'en fous. Des sous pour payer ? Mais j'en ai tant que j'en veux. Je peux acheter la terre entière. Ils y verront que du feu. D'ailleurs la sécurité elle a rien vu quand j'ai piqué la broche. La Sécurité sociale elle paie bien si je vais à l'hosto. Elle paie à l'heure. Le temps file à toute vitesse, ça fait des millions de millions d'euros. Je peux acheter la

terre entière. Je suis partout. Ici. Là. Dorémifasolla. Le seul problème c'est que je dors pas. Pas une minute. Minute papillon. C'est pas pire, si c'est pire, c'est pilon, pion, pioncer. Si je pouvais pioncer ! Je dors pas. Pas de fatigue. Je cause, je cause. Vous me suivez ? Non ? Ça fait rien. Ils appellent ça la logorrhée, ça coule les mots, les idées, ça rentre, ça sort. C'est la fête. Rien ne m'arrête, sauf le poisson : arête de poisson. Tes médocs c'est du poison. Pourquoi tu veux que je m'arrête. Tu veux que je pleure, comme la dernière fois. La dernière fois j'étais triste à en crever. Maintenant je suis gai, je ris, je rigole. Vive de Gaulle. La gaule pour pêcher, j'ai la pêche ».

## *Hervé et la maladie*

Hervé avait une maladie, la maladie. Il ne savait pas laquelle, c'était bien le problème, mais il en souffrait. Il avait vu beaucoup de médecins, des grands, des petits, des généralistes, des spécialistes. On lui avait fait une multitude d'examens, proposé de nombreux traitements. La maladie était toujours là. Elle se signalait par des douleurs dans tout le corps mais surtout à la nuque, dans la tête et dans le dos. On avait parlé d'arthrose vertébrale, mais les radios étaient désespérément normales. Il avait en sus une fatigue généralisée, une tension dans tous les muscles. On avait évoqué un « syndrome de fatigue chronique », ce qui lui plaisait bien mais n'enlevait pas grand-chose à ses souffrances. Un neurologue, lassé par ses plaintes, avait lancé le diagnostic d'hypocondrie. Il avait regardé dans Wikipédia et compris qu'on nommait ainsi les « malades imaginaires ». Vexé, il n'était pas retourné le voir. Après bien des déboires, son

médecin généraliste, un homme âgé qui le connaissait depuis l'enfance et en qui il avait confiance, lui avait conseillé de voir un psychiatre. « Mais je ne suis pas fou, avait-il rétorqué. » – « Non, avait répondu le médecin, en insistant, mais tu es angoissé par ton mal et le psychiatre trouvera peut-être quelque chose pour te soulager. »

Le psychiatre qu'Hervé accepta de rencontrer était psychanalyste, il le savait. Mais il prescrivait aussi des médicaments. Un contrat s'établit. Le psychiatre recevrait Hervé chaque semaine pendant une demi-heure dans le service public où il travaillait. Hervé, dont les revenus étaient modestes, n'aurait ainsi rien à déboursier. Le psychiatre prescrirait à Hervé des tranquillisants sans prétendre guérir une maladie du corps vis-à-vis de laquelle il n'avait aucune compétence. On en profiterait pour parler de ce qu'Hervé éprouvait, de sa vie, de ses difficultés éventuelles d'existence, de son enfance et de ses rêves peut-être.

Curieuse psychothérapie en vérité. Hervé devait bien trouver quelque chose dans cet accompagnement puisqu'il resta un fidèle client, ne manquant pas une séance. Son but apparent était de convaincre le psychiatre du caractère organique de ses troubles. Certes de parler, cela lui faisait du bien, il souffrait moins, parvenait peu à peu à mener une existence normale, à quitter le statut de grand invalide qui avait été si longtemps le sien. Il abandonna sa quête incessante d'un diagnostic, ne courait plus les hôpitaux. Sa conviction restait inébranlable. La maladie était toujours là. Le fait qu'elle fut moins gênante et même, au bout du compte, plus gênante

du tout était insupportable. Cela aurait signifié qu'elle était d'origine psychologique, une idée inacceptable. Hervé accumulait à longueur de séances les arguments et visiblement voulait convertir le psychiatre à ses vues. Le fait qu'il y eût quelque part quelqu'un porteur d'une autre certitude était comme une tâche dans sa vie. Semblable à un religieux intégriste, Hervé prêchait pour éradiquer définitivement toute trace d'hérésie. Le psychiatre se gardait bien de mettre en doute sa foi. Il la respectait, la jugeait nécessaire à l'équilibre du croyant. Mais il ne faisait pas mystère de son incroyance et réclamait d'Hervé la même tolérance. C'était d'autant plus difficile qu'Hervé à son corps défendant (c'est le cas de le dire) livrait au psychiatre une histoire de sa vie. Il avait eu une enfance difficile. Sa mère, pensait-il, ne l'aimait pas, trop prise par ses difficultés conjugales avec un mari alcoolique et violent pour câliner son enfant. Hervé avait reçu des raclées mémorables quand le père rentrait de ses beuveries. Il était devenu un adolescent ombrageux et instable, aux limites de la délinquance, avec les bandes d'un quartier agité. Les parents, excédés, avaient demandé un placement. Hervé se souvenait avec horreur d'un matin blême où des flics étaient entrés en force dans sa chambre, l'avaient maîtrisé et emmené dans un internat musclé qu'il décrivait comme une ancienne maison de correction. Il y avait vécu des sévices, des humiliations, le racket des plus forts. Dans cette enfance traumatique, seule l'infirmerie était un refuge et la maladie une protection. Hervé, il le savait sans doute, avait donné assez d'éléments au psychiatre pour que celui-ci puisse se faire une opinion, construire des hypothèses. Le psychiatre se gardait bien toutefois de les transmettre. Elles auraient ruiné la confiance d'Hervé et probablement interrompu leur relation. Il se contentait d'écouter, parfois de manifester sa

compassion pour l'enfant martyrisé qu'avait été Hervé. Il écoutait aussi avec intérêt sa plaidoirie, ses attaques contre ces psychanalystes qui refusaient d'admettre les maladies du corps et fouinaient dans le passé des gens pour y chercher des explications oiseuses. Il faisait quelquefois remarquer à Hervé, quand les attaques le piquaient un peu plus que d'habitude, qu'il s'adressait à un psychanalyste et continuait à venir le voir. Il marquait un point, mais Hervé aussi, conscient d'avoir touché le psychanalyste dans son amour-propre.

Ainsi continuaient les joutes. Elles se déroulaient sur fond d'un compromis tacite. Hervé savait bien que le psychiatre-psychanalyste était là pour soigner des troubles psychiques et qu'en venant le voir il admettait la dimension psychologique de son mal. Le psychiatre savait qu'Hervé le savait mais qu'il avait besoin de faire croire qu'il ne le savait pas. Tous deux s'étaient mis d'accord pour ne pas le dire et pour faire semblant de poursuivre leur échange, comme un jeu, à un autre niveau. Cette dimension de jeu, cette façon de se jouer du psychiatre pour Hervé, de jouer au psychanalyste sans le dire pour le psychiatre, ce jeu qui leur donnait à tous deux du plaisir et dont ils savaient tous deux que c'était un jeu avait, semble-t-il, une certaine efficacité. Le traitement dura longtemps, en fait jusqu'à la retraite du psychiatre. Hervé en ressentait alors sans doute assez le besoin pour demander au psychiatre de l'adresser à un successeur. Il n'est pas sûr que le DSM en baptisant des troubles analogues de *somatoformes* contribue beaucoup à leur résolution.

## *L'hystérie de Suzon*

Petite fille Suzon avait été la préférée de son père. Dès qu'elle pouvait, elle grimpeait sur ses genoux. Il la trouvait la plus jolie de ses trois filles et ne se lassait pas de vanter sa grâce devant tous ses amis. Suzon aimait se pavaner devant ces messieurs, leur faisait des chattering et ne perdait pas une minute pour les séduire. Quand elle commença à prendre des formes, elle eut un moment de dépression, méprisa ses camarades d'école, voulut jouer à des jeux de garçons, se mit au régime pour ne pas grossir. Mais c'était une autre façon de rejoindre son père, avec qui elle partait pour de longues promenades, dont elle partageait la passion pour la chasse et qu'elle éblouissait par ses résultats scolaires. La maladie du père, atteint d'une cardiopathie sévère, la bouleversa. Elle avait dix-sept ans. Elle s'angoissa, se déprima, renonça à l'école. On dut l'hospitaliser en clinique pour des troubles anorexiques. Elle y rencontra un médecin qui allait devenir l'amour de sa vie.

À peine sortie, ayant repris une alimentation normale, elle fit une formation professionnelle qui lui permit d'exercer un métier dans une institution médicale. Alors commença une vie pour le moins agitée. Suzon passait son temps à séduire des hommes de tout acabit, des jeunes, des vieux, des riches, des pauvres. Ses liaisons duraient peu. Elle partait sur un coup de tête ou au contraire s'accrochait misérablement à des individus peu scrupuleux ou brutaux qui profitaient d'elle, lui prenaient son argent, se faisaient entretenir. Alors ses parents – son père opéré à cœur ouvert avait retrouvé la santé, mais non son prestige d'antan – devaient intervenir. Elle suivait leurs conseils, se rangeait quelque temps, puis reprenait ses aventures, tantôt séductrice, tantôt séduite, tantôt active repoussant des avances qu'elle avait provoquées, tantôt repoussée et humiliée. Elle

continuait à voir son médecin chez qui elle allait parfois déposer ses misères, elle était parfois brièvement hospitalisée quand la vie devenait trop difficile.

Une de ses aventures se conclut par une grossesse. Suzon pleine semblait heureuse. Jamais elle ne s'était sentie aussi complète, aussi épanouie. Du père de l'enfant à venir, il n'était plus question. Suzon n'avait vu en lui qu'une occasion pour être mère ou plutôt pour être enceinte d'un enfant. Elle l'avait aussitôt oublié. L'accouchement fut difficile. Aux confins du délire, Suzon, en entrant à la maternité, avait décidé de garder son enfant dans son ventre. Elle le déclarait à qui voulait l'entendre, se querellait avec les sages-femmes qui voulaient lui faire entendre raison. La nature finit par reprendre ses droits et par lui imposer une naissance dont elle ne voulait pas. Les jours suivants Suzon, à qui on avait présenté son enfant, refusa de le nourrir, réclama qu'on arrête une lactation dont elle redoutait qu'elle lui abîme les seins. Le bébé, une fille, ne l'intéressait pas. Enfoncée dans une dépression profonde, triste à mourir, sans énergie et sans projet, submergée par un sentiment de vide catastrophique, Suzon retourna en clinique accompagnée de sa fille. Grâce aux soins de son médecin préféré, à qui depuis quelque temps elle ne cessait d'écrire des lettres enflammées, elle émergea de sa déprime, commença à prendre soin de son bébé et put sortir assez vite pour reprendre une vie normale, soutenue par ses parents. La fillette grandit, élevée surtout par les grands-parents. Suzon, prenant de l'âge, semblait plus calme, ses liaisons étaient plus stables. Elle continuait de voir son médecin de temps à autre, prenait quelques médicaments quand une difficulté de la vie, la perte d'un emploi, une rupture amoureuse, la précipitait à

nouveau dans la dépression. En dehors de ces périodes, elle continuait à inonder son médecin de lettres amoureuses. Elle refusait d'engager une cure psychothérapique ou psychanalytique qui lui avait été à plusieurs reprises conseillée et préférait, quand la vie devenait trop difficile, se réfugier dans la clinique de son médecin bien-aimé. Se sentant à bout, elle fit trois tentatives de suicide par ingestion de médicaments. On put heureusement intervenir à temps.

C'est alors qu'elle rencontra Armand. Il était son supérieur dans l'établissement où elle travaillait. Elle eut tôt fait de le séduire comme elle avait fait pour les autres. Il était beau, sportif et à son aise financièrement. Il aimait les voitures rapides. Elle se découvrit une passion pour les rallyes. Un tournant de trop, sur une route sinueuse, et ce fut la fin. L'hystérie peut aussi être mortelle.

### ***Un drôle de collectionneur***

Il y a des rencontres qui marquent. Le psychiatre se souvient. Il n'a vu monsieur G. qu'une dizaine de fois. C'était il y a longtemps. Monsieur G. était venu demander une aide pour une curieuse manie. Il ne pouvait accepter de se séparer de quoi que ce soit. Toute séparation était vécue comme une perte irréparable. Monsieur G. ne jetait rien. Il accumulait toutes sortes d'objets : ses vieux stylos, toutes les factures qu'il avait acquittées, des récipients hors d'usage. Quand son épouse voulait faire le ménage, il ressentait comme une amputation en la voyant mettre à la poubelle ses précieux résidus. Il entrait alors dans des colères terribles, qui mettaient en grand péril l'harmonie conjugale. Son épouse menaçait de le quitter s'il

ne faisait pas quelque chose pour se libérer de cette contrainte. Il se souvenait avoir toujours été une personne très ordonnée, soucieuse de propreté, remettant chaque bibelot à la même place. Quand il était enfant, il rangeait minutieusement sa chambre. Il avait bien eu une collection de timbres, comme à l'époque de nombreux adolescents de son âge, mais cela n'avait pas duré. Ses collections, c'était tout ce qui l'entourait, tout ce dont il s'était servi et qu'il ne pouvait laisser en chemin. Monsieur G. ne craignait pas l'infection, il n'était pas du genre à vaporiser des produits antiseptiques sur tout ce qu'il touchait. Il n'avait pas non plus de TOC, de conduites répétitives imposées, ni d'obsessions autres que celle de perdre quelque chose de précieux en jetant un mégot ou un papier d'emballage. Il reconnaissait qu'il était avare, n'aimait pas dépenser son argent et entassait des économies dont il ne faisait pas grand-chose et qui ne lui donnaient même pas le plaisir d'avoir un compte en banque assez bien garni.

On en était là, lorsque monsieur G., avec beaucoup de difficultés, avoua une étrange habitude. Parmi les choses qu'il était forcé de conserver, il y avait à sa grande honte les papiers hygiéniques dont il se servait pour s'essuyer après chaque défécation. Il les entassait dans un endroit secret au fond de sa cave. Quand sa réserve débordait, ne sachant plus qu'en faire, il les emmenait au bout du jardin, les brûlait et enterrait les cendres. Ce cimetière secret n'était pas réellement le lieu d'un culte. Aucun monument n'était érigé en son centre, mais de savoir ces cendres là rassurait monsieur G., lui donnait un sentiment de pérennité qui l'aidait à vivre. Une cure plus prolongée aurait peut-être permis d'établir des liens entre ce rituel bizarre,

l'angoisse de castration qu'un enfant peut éprouver en se séparant de ses fèces, la fixation anale que Sigmund Freud a postulée à la racine de ce qu'il a nommé « névrose obsessionnelle ». D'avoir confié à quelqu'un sa « religion privée » suffit sans doute à monsieur G. Il décida de ne pas donner suite.

## *Une crise qui finit bien*

La crise peut être un moment de vérité en psychiatrie comme ailleurs. Il arrive qu'elle révèle des tensions cachées. Après un moment violent où ces tensions se déchargent dans le bruit et la fureur, une sérénité peut dans les bons cas être retrouvée, gage parfois de progrès. Marie avait toujours été une enfant sage, trop sage, obéissante, conformiste, un peu triste, mais toujours où il fallait, comme il fallait. Elle avait entamé une adolescence tranquille et sans joie, une adolescence aussi grise que la robe qu'elle portait le plus souvent. Autour d'elle tout baignait dans le calme, sa mère au ménage, son père au travail, avec de sages fins de semaine, parfaitement ordonnées, sans aucune fantaisie, sans imprévu aucun. Elle entama des études de comptabilité, non par goût mais pour suivre le désir de son père qui avait besoin d'une comptable dans son entreprise. Le père avait un associé, un ami de longue date, marié et père d'un garçon de l'âge de Marie. Les parents depuis l'enfance les destinaient l'un à l'autre. Tous deux en avaient pris l'habitude et, l'âge venant, avaient commencé à flirter gentiment, sous le regard attendri des deux familles. Du flirt aux fiançailles, des fiançailles au mariage, il n'y eut que deux pas. La noce fut à l'image du reste, traditionnelle et de bon aloi. On

attendait un bébé, il ne venait pas. Les mois passèrent, puis une année.

C'est alors qu'on vit Marie changer. Elle commença par se farder outrageusement, se fit couper les cheveux qu'elle portait en chignon bien sage, décolleta ses chemisiers, raccourcit ses jupes. La famille, étonnée, puis scandalisée, enfin apeurée, suivait ces changements à vue. Marie sortait le soir, seule. Elle rentrait à l'aube, souvent un peu éméchée, manifestement après des soirées en boîte fortement arrosées. Le mari ne paraissait pas s'en émouvoir et, quand on l'interrogeait, répondait calmement : « Il faut bien qu'elle s'amuse. » Il commença à s'inquiéter à son tour quand Marie lui déclara qu'elle allait devenir reine de France. Elle avait, disait-elle, rencontré un prince de la maison d'Orléans. Elle pensait divorcer pour l'épouser. Quand elle serait reine, elle s'occuperait de faire disparaître la pauvreté du pays, de sauver le monde en écartant les guerres et en proclamant la paix universelle. Comme on refusait de la croire, qu'on l'empêchait de sortir et que la famille angoissée se rassemblait autour d'elle, elle s'agita de plus en plus, menaça de se jeter par la fenêtre et s'enferma à clé dans sa chambre. Le mari et le père durent défoncer la porte. On appela le SAMU et Marie se retrouva hospitalisée en psychiatrie. Elle continuait à s'y proclamer reine de France et à affirmer sa mission pacificatrice.

Son mari venait la voir régulièrement, ainsi que ses parents. Chacun avait sa manière de se confronter à la folie de Marie. Le père demandait anxieusement comment expliquer un tel changement, comment une petite fille sage et modeste, une adolescente sans problème, une

épouse fidèle et consciencieuse, avait pu devenir d'abord cette vamp et maintenant cette folle grandiloquente. Il attendait que ça passe et s'occupait des démarches administratives : on avait découvert que Marie dans ses sorties avait accumulé une série impressionnante de dettes en empruntant à des amis d'un soir, tout en donnant de l'argent à des inconnus. Le père essayait de mettre de l'ordre dans la comptabilité d'une comptable désaxée. La mère réagissait d'une manière plus étrange. Cette femme effacée, jusque-là dans l'ombre de son mari, se révélait une virago hurlante. Elle couvrait sa fille d'insultes chaque fois qu'elle la voyait. Pour elle, Marie n'était qu'une soûlarde, une droguée, une pute. On voyait bien où l'alcool, le cannabis et la baise l'avaient conduite. Elle s'en prenait aussi à son époux, à qui elle reprochait de ne pas s'être occupé suffisamment de sa fille et d'elle. Le mari restait correct. Curieusement il paraissait le moins affecté de tous. Il venait ponctuellement voir sa femme, lui parlait avec douceur, l'écoutait vaticiner sans la contredire, mais semblait ailleurs. Le psychiatre du service avait pris le parti de ne pas assommer Marie par des médications trop fortes. Avec son équipe, il avait aménagé un espace où Marie pouvait se sentir en sécurité, accompagnée, soutenue, où son délire était écouté, sans qu'elle ne soit écrasée par le rouleau compresseur d'une neuroleptisation massive. Les doses restaient donc modérées, compatibles avec l'état de vigilance dont Marie paraissait avoir besoin pour continuer son chemin, tout en rendant tolérable son angoisse. Car Marie semblait à la fois chercher à exprimer quelque chose, un secret encore indicible, et fuir une situation source de ce que le psychanalyste anglais Wilfred Ruprecht Bion a qualifié de « terreur sans nom ».

Le délire s'était enrichi. La reine Marie n'avait plus pour seule mission la lutte contre la pauvreté et pour la paix. Elle devait rendre possible la parthénogenèse, c'est-à-dire la conception et l'enfantement sans participation d'un mâle. Elle devait aussi permettre aux homosexuels de se marier. (On était des années avant le mariage pour tous et Marie, dans sa folie, annonçait sans le savoir l'avenir.) Les parents, éberlués, écoutaient ces propos détonants. Le mari toujours correct n'en disait rien. Un jour, la mère, encore plus agitée que de coutume, vint confier au psychiatre : « Marie est vraiment de plus en plus folle, elle m'a dit que son mari était homo ! » Encore quelques semaines et ce fut au tour du mari de demander un entretien. Sous le sceau du secret, il confirma son homosexualité. Il n'avait pas voulu le dire à Marie avant le mariage, un mariage qu'il n'avait pas voulu annuler. Les deux familles comptaient tellement là-dessus. On les avait programmés depuis l'enfance pour devenir mari et femme. Il n'avait pas eu le courage de se dérober. Depuis qu'ils étaient mariés, ils faisaient lit à part. Il avait accordé à Marie toute liberté pour se distraire à sa guise. Il avait lui-même la vie sexuelle de son choix et fréquentait les boîtes gays quand Marie n'était pas là. Ils s'étaient juré de n'en rien dire aux parents et de donner au monde l'image d'un couple uni, mais sans enfants. Le psychiatre rétorqua que, à son avis, le secret pesait sur Marie et que sa folie était à la fois une façon de le maintenir – tout ce qu'elle pourrait dire là-dessus serait immédiatement taxé de délirant – et de tenter de lui échapper. Il proposait un entretien familial où la vérité serait révélée. Le mari demanda réflexion.

Au bout de quelques jours – et de quelques nuits visiblement insomniaques –, le mari, pâle, défait,

vint donner son accord, demandant simplement que ses propres parents soient tenus à l'écart. Ils n'avaient pas manifesté beaucoup d'intérêt pour le sort de leur belle-fille, à qui depuis longtemps ils reprochaient son inconduite. Une rencontre fut donc programmée entre Marie, ses parents, son mari et le psychiatre. Elle prit l'allure d'un véritable psychodrame. Marie entra en proclamant sa foi dans un monde où les homosexuels vivraient entre eux et où les femmes se passeraient des hommes pour faire des enfants. Sa mère, une fois de plus, s'indigna de ces propos et, se tournant vers son mari, lui fit encore reproche de ses carences éducatives et conjugales. Le père baissait la tête, laissant passer l'orage. Le mari, effondré, se tournant vers ses beaux-parents, leur dit alors d'une voix blanche « c'est à cause de moi qu'elle dit ça » et avoua la vérité sur leur situation de couple. Marie écoutait, tendue. Les parents d'abord sidérés se retournèrent vers le gendre, le père demandant pourquoi il ne leur avait pas parlé plus tôt, la mère vociférant des injures. Puis tendant les bras à sa fille, dans un geste de grande tendresse, elle l'appela et la serra contre elle. Le père se rapprocha, mais la mère continuait à l'écartier d'un geste méprisant. Il n'eut que la ressource de rejoindre son gendre dans un coin. Le psychiatre se rapprocha d'eux, laissant les femmes à leurs effusions.

Quelques jours plus tard, la reine de France avait quitté la scène, abandonnant Marie sans sa défroque délirante. Il lui fallut encore une semaine pour retrouver tout son calme.

C'est plusieurs années plus tard que Marie vint revoir le psychiatre. Elle avait quitté la ville et, de passage, avait eu envie de donner de ses

nouvelles. Elle avait divorcé, trouvé ailleurs un nouveau travail. Un garçon commençait à partager sa vie. Elle avait préféré s'éloigner car ses parents ne cessaient de s'engueuler et qu'elle trouvait auprès d'eux l'atmosphère difficile à respirer. Elle ne savait pas ou ne voulait pas savoir ce qu'était devenu son mari. Son père avait pris sa retraite et vendu l'entreprise à son associé.

## *Une bande de psychopathes*

En ce temps-là le centre médico-psychologique – ils disaient entre eux « le Centre » – était un milieu d'accueil ouvert et peu structuré. On pouvait y venir entre huit heures du matin et sept heures du soir, quand on en avait envie, s'asseoir dans la salle d'attente, prendre un café avec les infirmières et quelques copains. Entre deux rendez-vous, les médecins, l'assistante sociale, les psychologues se joignaient au groupe, échangeaient quelques nouvelles. On parlait de tout et de rien pour se sentir moins seul face à soi. Quand elle en avait le temps, la secrétaire quittait aussi son téléphone et sa machine à écrire. L'équipe était jeune : les psychiatres avaient un peu plus de la trentaine, les psychologues et les infirmières autour de vingt-cinq ans. Le projet était, avant même de soigner les malades, de soigner la relation avec la psychiatrie. Il fallait qu'elle apparaisse comme un système d'aide psychologique, sans prétention à remettre dans le droit chemin, un dispositif où les symptômes quels qu'ils fussent seraient reçus comme des messages, trouveraient du sens, où l'angoisse et la douleur morale seraient écoutées, si possible comprises et non contraintes à disparaître sans laisser de trace. La haine et la discipline n'étaient pas de saison, la camisole chimique encore moins.

On n'était pas loin de 1968, pas loin non plus de l'antipsychiatrie britannique. Tout le monde se tutoyait. Les clients étaient jeunes pour la plupart, encore peu nombreux, plus ou moins fous. Bien qu'on se préoccupât peu du diagnostic, on savait qu'ils appartenaient à ce monde particulier, étrange, que l'équipe apprenait à côtoyer, avec le moins d'*a priori* possibles et le plus d'empathie disponible : la psychose.

Quelques-uns, un peu plus aguerris, servaient de guides aux autres. Ils avaient constitué dans une maison du quartier (un ancien bistrot), avec un psychiatre de l'équipe, une infirmière, une assistante sociale et deux psychologues, un foyer autonome qu'ils géraient ensemble et où certains résidaient.

Une hospitalisation à domicile complétait l'équipement, permettait d'établir et de maintenir des liens avec les familles, les voisins, le quartier où l'équipe, intégrée parmi les autres travailleurs sociaux, était devenue familière.

Bref une utopie. Elle ne dura pas autant que l'auraient espéré ceux qui l'avaient portée sur les fonts baptismaux. Il fallut compter avec la lassitude, l'installation dans la vie, la perte d'enthousiasme militant. Il fallut compter surtout avec la violence inscrite au cœur des hommes.

Gilbert, la violence, il l'avait connue. Abandonné de bonne heure par son père, il avait d'abord profité d'une relation privilégiée avec une mère aux seins généreux, omniprésente, nourrissante.

Puis les portes de cet éden s'étaient refermées. La mère avait rencontré un homme, puis un autre et encore un autre, pas méchants pour la plupart, un peu portés sur la bouteille que la mère s'était mise elle aussi à apprécier. D'autres enfants étaient venus, brailards, exigeants. Dans ce milieu très pauvre, ils ne mangeaient pas toujours à leur faim. En grandissant, ils avaient pris l'habitude de chaparder dans les magasins. Les assistantes sociales s'en étaient mêlées et les placements s'étaient succédé en institution ou dans des familles d'accueil.

Gilbert et ses deux frères avaient aujourd'hui entre dix-huit et vingt-deux ans. Gilbert l'aîné avait déjà fait deux séjours en prison. Au cours du second, il avait multiplié les tentatives de suicide. On lui avait conseillé de voir un psychiatre. Il arriva au Centre et s'y trouva bien, si bien qu'il invita ses frères, puis les copains de ses frères. Tous avaient eu maille à partir avec la justice pour des délits mineurs : des vols de voiture d'un soir, des rackets à la sortie des écoles et quelques bagarres à tonalité raciste – bien que l'un des frères fût manifestement un métis. L'un d'eux, après une ivresse pathologique, avait même tâté du service d'urgence de l'hôpital général qui l'avait transféré brièvement à l'hôpital psychiatrique.

La bande s'installa donc, amenant ses bouteilles et quelques cigarettes à l'odeur suspecte. L'équipe au début fut désarçonnée. L'idéologie d'accueil total imposait de recevoir les beuveries et les fumeries qui s'amorçaient comme des symptômes, d'en comprendre la signification, d'entendre derrière ces provocations une revendication d'attention sinon d'amour.

En même temps, il fallait bien préserver l'institution et surtout sa capacité à recevoir d'autres types de patients, les psychotiques du début. Or ceux-ci étaient pour la plupart terrorisés. Rapidement devenus les victimes de ceux qu'on commençait à désigner du terme péjoratif de « psychopathes », moqués, exploités, parfois réduits à l'état de garçons de courses, ils se repliaient sur eux-mêmes, hésitaient à venir dans ce qui commençait à ressembler à un bouge. Le foyer lui-même avait été envahi. Les psychopathes s'y étaient installés, faisant fuir les autres résidents. Malgré les plaintes du voisinage dérangé par des nuits agitées, des bagarres incessantes, des vitres cassées, la police hésitait à intervenir dans un lieu étiqueté « psychiatrique », auquel son statut d'annexe hospitalière accordait une sorte de droit d'asile. L'équipe était traversée de conflits. Certains plaidaient pour une reprise en mains autoritaire, l'imposition d'une discipline, d'autres pour la patience, la compréhension et la poursuite d'une présence soignante. « Ils nous testent, disaient ceux-ci, il faut résister et se montrer plus forts qu'eux, ne pas adopter leur langage de passages à l'acte et de violence, continuer à les accueillir et chercher à transformer leurs actes en mots. »

Les choses auraient été plus simples si les différences entre clients avaient été nettes : psychopathes d'un côté, psychotiques de l'autre, comme on peut séparer les rougeoleux des malades atteints de la scarlatine. Dans la réalité les choses étaient plus complexes. Les soi-disant psychopathes, au moins certains d'entre eux, dans leur besoin de toute-puissance, dans leur négation de toute limite et de toute loi, dans leur évidente fragilité narcissique (leur piètre estime d'eux-

mêmes et leur susceptibilité extrême), ainsi que dans les angoisses qui visiblement les traversaient avant ou après une ivresse, n'étaient pas loin des psychotiques. Les psychotiques quant à eux se structuraient en imitant les psychopathes. Ils se mettaient à rouler des mécaniques et, en persécutant les autres, se sentaient moins persécutés. Deux ou trois s'assimilèrent à la bande et trouvèrent un nouveau confort à participer aux bagarres, aux orgies, parfois aux délits.

C'est du dehors que vint la mise en ordre. Lassé de recevoir des réclamations auxquelles il ne savait plus comment répondre, le commissaire de police, après avoir visité le foyer et entendu quelques familles se plaindre des sévices endurés par leurs enfants au centre, prévint l'administration de la santé. Un inspecteur vint sur place, entendit l'équipe et exigea le retour à la réglementation, faute de quoi le centre serait fermé. Ceux qui géraient le foyer avaient déjà d'eux-mêmes pris la décision d'en suspendre le fonctionnement et de se donner le temps de la réflexion.

Il fallut plusieurs mois pour reconstruire sur les décombres et abandonner, comme un paradis perdu, les rêves d'harmonie universelle et de compréhension illimitée, c'est-à-dire pour guérir d'une sorte de psychopathie d'équipe. Par leur attitude passive devant la violence, les soignants ne donnaient-ils pas une image inversée de ce qu'ils subissaient et, par leur tolérance du désordre et de la destruction, ne se comportaient-ils pas vis-à-vis de la société globale et des institutions psychiatriques dont ils étaient issus comme des adolescents rebelles et destructeurs ? Des règles furent énoncées pour le temps passé en

salle d'attente. La consommation d'alcool et *a fortiori* de cannabis fut interdite sous peine d'exclusion. La montée en charge de la clientèle et sa diversification imposaient par ailleurs des prises de rendez-vous classiques. Le foyer fut soumis à un mode de fonctionnement plus régulier avec procédure d'admission, après acceptation par l'équipe et par le groupe des colocataires.

Les « psychopathes » qui désiraient continuer des soins durent se plier à ces règles. Pour Gilbert et ses frères, les visites à domicile, où les troubles s'étaient déplacés, furent maintenues. Celles au centre se raréfièrent. Plusieurs membres de la bande se dispersèrent. Quelques-uns devaient poursuivre des allers-retours entre la prison et l'hôpital psychiatrique. Avec l'âge plusieurs se sont calmés, ont trouvé une insertion sociale, après avoir jeté leur gourme. Gilbert, plus tragiquement, est mort à trente ans d'une overdose.

### ***Des petits autistes devenus grands***

Les parents étaient venus consulter au centre d'accueil à temps partiel, un ensemble banal de locaux en pleine ville, au rez-de-chaussée d'un groupe d'immeubles d'habitation. Ils avaient entendu parler par le bouche-à-oreille de cette équipe pédopsychiatrique qui, depuis les années quatre-vingts, avait négocié avec l'Éducation nationale l'ouverture d'un ensemble de classes spécialisées à très petit effectif (cinq ou six élèves) intégrées dans des établissements scolaires ordinaires : deux classes maternelles, deux classes primaires, deux classes de collège auxquelles vint

s'adjoindre plus tard une classe de lycée professionnel.

Les psychiatres qui les recevaient proposaient aux enfants, après une évaluation de leurs difficultés et de leurs compétences, outre la scolarisation, un soin spécialisé. Celui-ci comprenait : des séances individuelles plusieurs fois par semaine avec une psychologue ou une infirmière, des séances d'orthophonie et/ou de psychomotricité également plurihebdomadaires et la participation deux ou trois fois par semaine à des groupes différenciés selon l'âge – un jardin d'enfants thérapeutique pour les plus petits, des groupes de parole et d'activités pour les plus grands, enfin ce qu'on n'appelait pas encore des groupes d'habileté sociale, où ils apprenaient à prendre les transports publics, à se retrouver dans le quartier, surtout à se parler et à s'écouter les uns les autres. Accompagnés par des éducateurs ou des infirmiers, ils participaient à des activités sportives ou de loisirs dans les centres sociaux de la ville.

À l'école ils bénéficiaient d'un enseignement presque individuel et adapté à leurs modes particuliers de pensée et d'apprentissage, assuré par des enseignants spécialisés de grande qualité. Les enseignants étaient soutenus par une équipe soignante disponible : chaque classe avait un soignant de référence, que l'enseignant pouvait appeler en cas de difficultés et qui partageait avec lui quelques activités collectives. Une fois par semaine, enseignants et soignants d'une classe d'âge se réunissaient pour confronter leurs points de vue sur l'évolution des enfants et les problèmes rencontrés.

Les enfants participaient aux activités périscolaires de l'établissement, aux récréations et, selon leur niveau et leurs intérêts, à certains cours dans les classes ordinaires. Quelques-uns, trop rares, parvenaient progressivement à rejoindre un cycle normal. On les appellerait plus tard des « syndromes d'Asperger ».

Les parents, en contact direct, régulier et fréquent tant avec les enseignants qu'avec les soignants, rencontraient une fois par mois le médecin référent. Ils participaient librement à des groupes de discussion mensuels animés par deux ou trois thérapeutes et pouvaient à l'occasion recevoir des membres de l'équipe à domicile, en période critique.

L'ensemble humain constitué par les enfants, les soignants, les enseignants et les parents constituait une institution. C'est-à-dire que, d'un lieu à l'autre, d'une activité à l'autre, un certain nombre de liens et d'articulations étaient organisés à travers des réunions d'échange d'informations et d'élaboration où chaque événement prenait sens en regard d'un autre. De la sorte une histoire pouvait se raconter pour l'ensemble du groupe et pour chacun de ses participants, une histoire qui donnait sens à ce qui était vécu collectivement et individuellement. Les enfants prenaient l'habitude d'écouter puis de narrer à leur tour cette histoire, qui les concernait au premier chef.

L'hypothèse centrale était en effet que les autistes sont en panne de récit intérieur, qu'ils ont le plus grand mal à relier entre eux des souvenirs morcelés, à se servir d'un événement pour en évoquer un autre. Le travail institutionnel visait

donc à rétablir pour eux une possibilité de mise en histoire de l'existence.

Au fil du temps, l'hypothèse se confirma. Les autistes, suivis pour certains plus de vingt ans par les mêmes personnes, avaient acquis un langage pour communiquer, la lecture et l'écriture, une autonomie dans les actes de la vie courante, une capacité d'attention pour les autres et une maîtrise de leurs émotions. Surtout ils étaient devenus capables, à des niveaux différents, de raconter ce qu'ils vivaient et de mener leur vie avec un certain plaisir à se raconter.

Aujourd'hui, âgés de vingt à trente ans, ils forment un groupe de jeunes adultes insérés dans des établissements de travail adapté ou dans des lieux occupationnels, soutenus par leurs familles qui continuent à les héberger. Ils ont des activités de loisirs de leur choix, qu'ils décident et poursuivent à quelques-uns (cinéma, sports), se téléphonent, échangent des SMS, comme une bande d'amis. Une fois par semaine, un certain nombre d'entre eux continue à se rencontrer dans un local associatif formant l'embryon d'un groupe d'entraide mutuel. Certes ils restent handicapés, peuvent souffrir de ne pas être comme ces autres qu'ils côtoient tous les jours. Parfois ils se plaignent amèrement de leur sort auprès de leurs parents. Certains continuent à fréquenter un psychiatre ou un psychologue pour se sentir aidés psychologiquement. Aucun n'a encore réussi à construire une relation sentimentale avec un partenaire de l'un ou l'autre sexe. Mais ils semblent avoir trouvé malgré tout un certain et fragile bonheur.

## Chapitre 29

# Dix psychiatres contemporains

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Connaître les grands acteurs français de la psychiatrie de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle
  - ▶ Mettre en perspective l'histoire récente et l'actualité de la psychiatrie
- 

*En plus de deux siècles d'histoire, la psychiatrie a fait se succéder de nombreuses personnalités qui, à leur manière et en leur temps, ont apporté des orientations décisives. Il est difficile de faire un choix. On a pris ici le parti de se limiter à la France et à l'époque qui a suivi les conquêtes de la Libération – Trente Glorieuses qui ont été pour la psychiatrie une période de profonds remaniements théoriques et pratiques. On a préféré aussi, pour ne pas faire de jaloux, ne pas citer de psychiatre vivant. Ce choix laisse dans l'ombre des noms illustres, dont certains comme Philippe Pinel, Sigmund Freud, Eugen Bleuler et bien d'autres ont été mentionnés dans le livre. Il laisse aussi hors champ tous ceux qui aujourd'hui, dans une période beaucoup plus difficile, continuent à combattre pour garder une dignité*

aux malades mentaux et pour préserver notre système de soins psychiatriques de la dérive bureaucratique, sécuritaire et disciplinaire qui le menace.

## ***Lucien Bonnafé (1912-2003)***

Petits-fils d'un aliéniste, Lucien Bonnafé s'est intéressé à la psychiatrie dès ses études de médecine à Toulouse, en même temps qu'il participait à un groupe surréaliste. Il est le père de l'expression *désaliénisme* et a lutté contre les structures oppressives de l'ancien asile. Pendant la guerre, il a brièvement dirigé l'hôpital de Saint-Alban en Lozère, où naissait la psychiatrie institutionnelle, et en a fait un refuge pour de nombreux intellectuels juifs ou résistants dont le poète Paul Éluard et le philosophe Georges Canguilhem. Lui-même résistant et membre du Parti communiste, il a été conseiller du ministre de la Santé à la Libération. À ce titre, il a participé aux premières réformes de l'assistance psychiatrique et à la préparation de la pratique de secteur en psychiatrie. Il a cherché à appliquer une politique dite de l'« implantation préalable », sans s'appuyer sur un hôpital psychiatrique classique, mais en tentant de répondre aux besoins d'une population avec une équipe immergée au sein de la communauté. Sur le plan théorique, Lucien Bonnafé a développé, aux colloques de Bonneval, une optique marxiste de la psychiatrie, insistant sur les facteurs de souffrance et d'aliénation sociale. Il a mené une lutte énergique pour la valorisation de la profession d'infirmier psychiatrique. Ses réflexions sur le « personnage du psychiatre » sont une référence pour l'éthique de la profession et lui ont valu, à la fin de sa vie,

le statut de maître à penser pour de nombreux jeunes psychiatres.

## ***Georges Daumezon (1912-1979)***

Trop prématurément disparu dans un accident d'automobile, Georges Daumezon, robuste protestant cévenol, était un psychiatre doublement marqué par le scoutisme et par des études de droit auxquelles il devait une rigueur particulière dans le raisonnement. Sa thèse de médecine consacrée à l'infirmier psychiatrique est le premier travail d'ampleur sur cette profession naissante et sur son rôle essentiel dans les soins psychiatriques. Devenu directeur de l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais, en 1938, il y a introduit bien avant l'ère des neuroleptiques de profondes transformations et y a développé, en précurseur de l'ergothérapie, ce qu'il a appelé une « clinique d'activités » pour lutter contre la passivité asilaire et redonner place à la subjectivité agissante des patients. Ces réformes audacieuses lui ont valu l'hostilité des pouvoirs locaux. Il a donc dû quitter son poste pour la région parisienne. Il a résumé alors ses conceptions de modernisation de la psychiatrie dans un article publié en collaboration avec son interne Philippe Koechlin dans une revue portugaise, où apparaît pour la première fois le terme de *psychothérapie institutionnelle* dont il est l'inventeur. Secrétaire général du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, à sa fondation, à la Libération, il a participé activement aux réformes. À Paris, il a restructuré en profondeur le système de répartition des malades dans les hôpitaux psychiatriques, dans la perspective de la politique de secteur. Ses travaux théorico-cliniques sur la sémiologie psychiatrique ont marqué l'époque.

## *Jean Delay (1907-1987)*

Interne des Hôpitaux de Paris, Jean Delay, originaire de Bayonne dont son père avait été le maire, a été marqué pendant ses études par les recherches psychologiques de Pierre Janet (le rival de Sigmund Freud et l'élève de Jean-Martin Charcot). Tout en suivant une formation de neurologue, il a été attiré par la psychiatrie, alors en grande partie annexée par les neurologues sur le plan universitaire. Il a suivi parallèlement des études de philosophie couronnées par une thèse sur les maladies de la mémoire, préfacée par Pierre Janet. Médecin des Hôpitaux de Paris (un corps alors en conflit avec celui des médecins des hôpitaux psychiatriques), il est devenu en 1946 professeur de la prestigieuse chaire des maladies mentales et de l'encéphale à l'hôpital Sainte-Anne. Malgré une expérience personnelle, il est resté distant vis-à-vis de la psychanalyse, tout en acceptant des psychanalystes parmi ses chefs de clinique et ses autres collaborateurs. Son principal mérite en tant que psychiatre est d'avoir expérimenté et découvert, avec son agrégé Pierre Deniker, les effets neuroleptiques d'un médicament, la chlorpromazine ou Largactil<sup>®</sup>, utilisé en anesthésie par le chirurgien militaire Henri Laborit. Il est ainsi à l'origine des psychotropes modernes dont il a donné une première classification. Il a fait par ailleurs une brillante carrière d'essayiste et d'écrivain et a été élu à l'Académie française. La fin de sa carrière universitaire a été assombrie par les événements de Mai 68. Considéré par une jeunesse tumultueuse comme le modèle des mandarins, il a vu son bureau envahi et a dû faire front aux insultes de psychanalystes ambitieux qui rêvaient de prendre sa place.

## ***René Diatkine (1918-1997)***

Psychiatre et psychanalyste, René Diatkine s'est formé dans un compagnonnage avec Julian de Ajurriaguerra, neuropsychiatre et psychanalyste d'origine basque, d'abord professeur agrégé à l'hôpital Henri Rousselle à Paris puis professeur au Collège de France, après un passage à Genève. René Diatkine a animé avec Julian de Ajurriaguerra une consultation sur les troubles du langage et de la psychomotricité d'où sont sortis de nombreux travaux de recherche.

René Diatkine est avec Serge Lebovici et Roger Misès l'un des principaux fondateurs de la pédopsychiatrie française moderne. Il a aussi contribué à la théorisation de la pratique soignante avec des adultes schizophrènes et a lui-même suivi en cure analytique ou psychothérapique des psychotiques. Esprit particulièrement créatif, il a su impulser le développement d'institutions innovantes comme l'unité du soir au centre Alfred Binet à Paris – un lieu d'accueil thérapeutique multidisciplinaire pour les enfants, au sortir de l'école, modèle de ce qui s'est développé ensuite sous le nom de *centre d'accueil thérapeutique à temps partiel*. S'intéressant à la prévention de l'inhibition intellectuelle, il a mis sur pied le groupe ACCES, introduisant la lecture d'histoires et le maniement du livre auprès de très jeunes enfants de milieux défavorisés dans les crèches et les haltes-garderies. Sur le plan théorique, à partir de sa riche expérience clinique il a apporté des avancées majeures dans la compréhension des mécanismes psychopathologiques de l'autisme et des psychoses infantiles. Il est l'un des fondateurs et des propagateurs de la méthode thérapeutique du psychodrame psychanalytique.

Devenu professeur à la faculté de médecine de Genève, il a poursuivi un enseignement magistral et des séminaires qui ont contribué à la formation de nombreux psychiatres, dont l'auteur de ces lignes, qui lui doit beaucoup.

### ***Henri Ey (1900-1977)***

Secrétaire puis président du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, fondateur de l'Association mondiale de psychiatrie, Henri Ey a souvent été considéré comme le « pape » de la psychiatrie française. Il a lutté pour la valorisation de la discipline et l'a défendue tant contre les menaces d'empiétement par la neurologie d'un côté, par la psychanalyse de l'autre, que contre l'antipsychiatrie dans laquelle il voyait le mal absolu. Il a fait toute sa carrière de psychiatre à l'hôpital de Bonneval dans l'Eure-et-Loir, où pendant la guerre il s'est signalé par sa lutte pour assurer une alimentation à ses malades et pour lutter contre la mortalité qui décimait les hôpitaux psychiatriques. Il a joué un rôle essentiel dans les réformes qui ont marqué la psychiatrie après la guerre et dans la séparation de la neurologie et de la psychiatrie, intervenue en 1968, qui en permettant le développement universitaire de la spécialité a attiré des étudiants et pallié au manque de psychiatres publics et privés.

Depuis la bibliothèque de Sainte-Anne à Paris, il a assuré pendant des années un enseignement clinique fondamental, complété par de nombreux ouvrages dont un manuel qui fut longtemps la bible des psychiatres.

Sur le plan théorique, il a été à l'origine de plusieurs colloques à Bonneval qui ont permis la confrontation de psychanalystes, de psychiatres d'inspiration marxiste et de philosophes. Il a ainsi pu mettre à l'épreuve sa propre théorie synthétique : l'organodynamisme déjà évoqué, qui tente de faire un pont entre les neurosciences et une psychologie dynamique d'inspiration à la fois phénoménologique et freudienne. Cette synthèse ambitieuse, soutenue par une érudition remarquable, en particulier par une grande familiarité tant avec la philosophie allemande qu'avec les travaux du neurologue anglais John Hughlings Jackson, vise surtout à apporter des arguments à son combat de toute une vie pour la spécificité du traitement des troubles globaux de la conscience, objet de la psychiatrie, qu'il opposait aux troubles des fonctions partielles, localisées, objet de la neurologie.

### ***Jacques Lacan (1901-1981)***

Jacques Lacan a été dans les années soixante à quatre-vingts un maître à penser très influent pour toute une partie de l'intelligentsia parisienne qui se pressait à ses séminaires. Son discours parfois ésotérique, son brio élégant, sa réputation sulfureuse – il avait été exclu de l'Association internationale de psychanalyse qui lui reprochait, avec sa technique des séances raccourcies à sa seule initiative, une transgression de l'éthique psychanalytique – ont beaucoup fait pour sa renommée. Encore aujourd'hui de nombreux groupes psychanalytiques se réclament de lui. Tout un courant de la psychothérapie institutionnelle, illustré par Jean Oury, disparu en

2014, est dans l'héritage direct de la pensée lacanienne.

Né dans une famille bourgeoise et catholique, Jacques Lacan a assez vite rompu avec son milieu d'origine pour fréquenter la bohème artistique et littéraire parisienne, en particulier les surréalistes. Formé dans les hôpitaux psychiatriques de l'ancien département de la Seine, il a été marqué par Gaëtan Gatian de Clerambault, l'observateur des délires passionnels. C'est d'ailleurs à une érotomane qu'il a consacré sa thèse de médecine. Il y développe la notion de *paranoïa d'autopunition* et tente de relier l'écllosion du délire à l'histoire personnelle de la patiente et à l'évolution de sa vie affective et désirante. Cette conception résolument psychogénétique a ouvert le champ à la psychanalyse des psychoses que Sigmund Freud avait laissée hors de son terrain d'intervention.

Après avoir quitté le service public et s'être installé comme psychanalyste en pratique privée, Jacques Lacan a développé un ensemble théorique très personnel et intellectuellement séduisant qu'il a proclamé comme un « retour à Freud », trahi selon lui par nombre de ses disciples et en particulier par la psychanalyse américaine, trop biologique à son goût et trop centrée sur l'adaptation de l'individu à la société.

Homme d'une grande culture, Jacques Lacan a été très largement influencé par Baruch Spinoza, qu'il avait lu et travaillé dès sa jeunesse, par Georg Wilhelm Friedrich Hegel, qu'il a étudié à travers l'enseignement du philosophe Alexandre Kojève, et par Martin Heidegger. Il s'est également

rapproché du mouvement structuraliste représenté en France par l'ethnologue Claude Lévi-Strauss, qui essayait d'expliquer les phénomènes humains en utilisant la linguistique comme science fondamentale. Pour Jacques Lacan l'inconscient est structuré comme un langage. Le sujet humain tombe dès sa naissance dans un bain de langage qui l'environne et structure définitivement sa pensée consciente et inconsciente. La pathologie mentale s'explique par des défauts dans cette exposition au langage. L'absence de mots (ou en termes linguistiques de *signifiants*) pour désigner des fonctions importantes dans la vie du sujet, comme la fonction paternelle vectrice de l'autorité et de la socialisation des pulsions, que Jacques Lacan appelle « la forclusion du nom-du-père », serait pour lui à l'origine des psychoses. Dans sa parole, la mère n'aurait pas accordé de référence à l'autorité paternelle – ce que Jacques Lacan appelle le « symbolique » – et maintenu son enfant dans l'illusion d'une unité fusionnelle illusoire, d'une sorte de délire à deux – ce qu'il appelle l'« imaginaire ». La troisième instance, le « réel », est pour Jacques Lacan ce quelque chose du monde qui échappe à toute nomination et qui n'est pas sans évoquer le noumène kantien – je vous renvoie à *La Philosophie pour les Nuls*, mais vous en saurez plus en lisant aussi *La Psychanalyse pour les Nuls*, déjà citée.

La terminologie de Jacques Lacan et ses idées complexes, exposées en termes obscurs, souvent mal digérées, ont donné lieu à toutes sortes de dérives dans certaines équipes psychiatriques où les jeux de mots ont été érigés en interprétations. Elles ont contribué à dresser une partie de l'opinion contre une psychiatrie d'inspiration psychanalytique assimilée abusivement au lacanisme.

## *Serge Lebovici (1915-2000)*

Personnalité marquante de la psychanalyse – il a présidé la Société psychanalytique de Paris puis l'Association internationale de psychanalyse –, Serge Lebovici a été aussi un psychiatre de renommée internationale. Il a fondé en 1960, avec Philippe Paumelle et René Diatkine, l'Association de santé mentale du XIII<sup>e</sup> arrondissement à Paris : l'un des premiers dispositifs de secteur mis en place en France et un centre de formation accueillant des stagiaires du monde entier. Il y a développé le centre Alfred Binet, un centre de consultations et de traitements psychiatriques ambulatoires pour les enfants. Il est aussi à l'origine du premier hôpital de jour pour enfants.

Devenu professeur de pédopsychiatrie à la faculté de médecine de Bobigny, il s'est intéressé à la recherche et à l'enseignement de la psychiatrie du nourrisson. Il a étudié les interactions précoces parents-bébé et les processus inconscients de transmission intergénérationnelle (ce qui passe dans l'enfant de la problématique et de l'histoire des parents). C'est dans son service que le psychologue Tobie Nathan et la pédopsychiatre Marie Rose Moro ont commencé à développer l'ethnopsychiatrie (l'étude de la signification des troubles mentaux et leur traitement dans des contextes culturels différents).

Avec René Diatkine, il a adapté en France le psychodrame – créé aux États-Unis par le psychiatre et homme de théâtre Jacob Levy Moreno – qu'il a repensé dans une optique psychanalytique. Également en collaboration avec René Diatkine, il a tenté de dépasser l'opposition dans la théorie psychanalytique entre la fille de

Freud, Anna Freud – partisane d’une conception développementale qui fait du Moi l’achèvement d’une évolution, où l’éducation joue un rôle important –, et Mélanie Klein pour qui le Moi de l’enfant est une structure précoce, quasi innée, déchirée dès les premiers mois de la vie par des conflits entre pulsions contradictoires, matérialisées en fantasmes précoces.

### ***Roger Misès (1924-2012)***

Nommé en 1957 chef de service puis en 1965 médecin directeur de la fondation Vallée, un hôpital psychiatrique pour enfants et adolescents fondé à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle par un élève de Jean-Martin Charcot, Désiré-Magloire Bourneville, Roger Misès y a effectué la quasi-totalité de sa carrière. Il a transformé en un lieu de soins et de formation de renommée internationale un asile archaïque où s’entassait, lorsqu’il en a pris la direction, une masse d’enfants abandonnés sous le régime de l’internement, rejetés de partout et considérés comme inéducables et incurables.

Dépassant un réflexe naturel de compassion pour l’enfant aliéné et une révolte devant les conditions quasi animales auxquelles il avait été réduit, Roger Misès s’est servi des conceptions psychanalytiques sur le développement de l’enfant pour jeter un regard nouveau sur les troubles précoces des conduites et de la cognition, en s’opposant aux conceptions fixistes alors dominantes qui se contentaient de catégoriser les enfants en fonction de leur niveau intellectuel et des troubles les plus manifestes de leur comportement. Cependant, Roger Misès a compris que la psychanalyse à elle seule ne

pouvait représenter pour ces enfants un mode de traitement efficace, mais que son inspiration éthique – le respect qu'elle implique nécessairement pour la dignité de la personne, pour ses capacités de choix, pour la conquête de son autonomie – était en elle-même un élément thérapeutique. Ayant obtenu une augmentation conséquente de son équipement en personnel, il a pu le diversifier en donnant à l'ensemble de ses collaborateurs des outils de compréhension psychopathologique. Il a pu ainsi modifier les attitudes et développer parmi eux un esprit d'équipe et des capacités d'empathie qui changeaient globalement le climat de l'institution et permettaient ce qu'il a appelé une « cure en institution » (pour ne pas dire une psychothérapie institutionnelle), sur le fond de laquelle se sont développées, dans une perspective multidimensionnelle, les diverses prises en charge éducatives, rééducatives, pédagogiques et psychothérapeutiques individuelles ou groupales.

Après avoir arraché les enfants de la fondation Vallée à un internement inéluctable, il fut l'un des premiers promoteurs d'un réseau d'actions en milieu ouvert et d'une collaboration respectueuse et efficace avec les familles. Conseiller des administrations centrales de la santé, il peut être considéré comme le promoteur de la sectorisation de la psychiatrie infanto-juvénile à l'échelle nationale.

Sur le plan théorique, tout en étant soucieux de replacer les symptômes de l'enfant dans son histoire et dans celle de sa famille, il s'est tenu à distance des théories psychogénétiques exclusives qui situaient les troubles de l'enfant dans la filiation directe des désirs inconscients parentaux.

Très averti des travaux modernes, il s'est souvenu de son expérience première d'électroencéphalographiste pour dépasser, dans une optique intégrative, les oppositions du psychique et de l'organique, de la maladie et du handicap.

Roger Misès a par ailleurs cherché à mettre de l'ordre dans la multiplicité confuse des cas d'enfants auxquels il était confronté en établissant le projet de prise en charge éducative et thérapeutique de l'enfant à partir d'un diagnostic. Il préférait toutefois faire un diagnostic de processus évolutif dynamique plutôt qu'un diagnostic d'état définitif voire de structure immuable. C'est ainsi qu'aux côtés de l'autisme de Leo Kanner et des psychoses symbiotiques de Margaret Mahler, qui avaient été isolés peu d'années auparavant, il a décrit des évolutions dysharmoniques et introduit le concept révolutionnaire de *psychose déficitaire* qui a renouvelé l'approche de la déficience mentale et permis d'aborder autrement, en leur offrant des soins, des enfants lourdement marqués par une atteinte neurologique. En libérant des potentialités de l'enfant, ces soins redonnaient une plus grande efficacité aux programmes éducatifs et pédagogiques poursuivis parallèlement. Plus tard, avec les *pathologies limites*, il a permis de rassembler et de considérer dans une perspective nouvelle des troubles du comportement d'enfants ayant souvent subi des carences affectives précoces. Ces travaux nosographiques et diagnostiques, enrichis par une intense activité de recherche poursuivie dans une unité du CNRS, en collaboration avec Roger Perron, ont été à l'origine de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent établie par un groupe de travail que Roger Misès avait réuni

autour de lui. Cette classification souple, constamment révisée en fonction de l'expérience, dispose aujourd'hui d'une mise en équivalence avec la classification internationale. Elle permet aux pédopsychiatres français d'opposer une vision dynamique et globale de l'enfant au réductionnisme et aux fragmentations introduites par un DSM de plus en plus critiqué aujourd'hui.

Fort de son expérience de psychanalyste et de sa pratique à la fondation Vallée, devenue un lieu de formation pour de nombreux praticiens français et étrangers, Roger Misès a engagé un programme national de formation : la semaine annuelle de perfectionnement, qu'il organisait à la fondation Vallée, avec Serge Lebovici, Roger Diatkine, Michel Soulé et d'autres, pour diffuser sur l'ensemble du territoire les conceptions psychopathologiques novatrices qu'il avait contribué à élaborer. En 1972 l'Université devait reconnaître ses qualités de chercheur et d'enseignant en le nommant professeur au CHU de Bicêtre. Devenu président de la section de pédopsychiatrie du Conseil national des universités, il a joué un rôle éminent dans le développement de la discipline sur le plan universitaire.

### ***Paul-Claude Racamier (1924-1996)***

Psychiatre et psychanalyste – il a dirigé l'institut de formation des psychanalystes de la Société psychanalytique de Paris –, Paul-Claude Racamier a commencé sa carrière à l'hôpital psychiatrique de Prémontré dans l'Aisne. Il y a notamment modifié profondément le traitement des psychoses du post-partum (des psychoses éclatant après un

accouchement) en introduisant la pratique de la présentation de l'enfant – qu'on tenait jusque-là à l'écart de sa mère pour le protéger d'attaques éventuelles. Il a aussi utilisé de manière psychothérapique le travail de réveil après coma des patients en cure de Sakel (les comas hypoglycémiques induits par l'injection d'insuline). S'intéressant tout particulièrement aux schizophrènes et à la fonction que remplit le délire dans leur fonctionnement psychique, il a fait un voyage aux États-Unis, à la clinique de Chestnut Lodge, à laquelle il a emprunté la notion de *traitement bifocal*, suivant lequel chaque patient dispose d'un psychanalyste pour analyser ses fantasmes et d'un psychiatre institutionnel pour l'aider à aménager et à gérer sa vie quotidienne.

Exerçant ensuite à la clinique des Rives de Prangins, un établissement psychiatrique privé du canton de Vaud en Suisse où il collaborait avec le psychiatre suisse Charles Durand et le psychiatre américain Michael Woodbury, il a mis sur pied une conception du soin institutionnel aux psychotiques, qu'il diffusait dans un séminaire très suivi et auprès des nombreux stagiaires de tous pays venus se former auprès de lui. Exposée dans le livre *Le psychanalyste sans divan* écrit en collaboration avec René Diatkine et Serge Lebovici, cette conception a inspiré de nombreux psychiatres de l'époque. Elle insiste sur la différenciation entre le soin – incarné par l'infirmier, travaillant sous supervision, et qui est considéré comme l'« ambassadeur de la réalité » – et les techniques psychothérapiques qui se dessinent comme des formes sur fond d'une atmosphère soignante. En réservant au seul psychanalyste la technique de l'interprétation, les auteurs sont entrés en conflit avec la

psychothérapie institutionnelle telle que la concevait Jean Oury, pour qui tous les agents de l'institution pouvaient avoir la possibilité d'interpréter le transfert dont ils étaient l'objet.

Après son passage à Prangins, Paul-Claude Racamier a partagé son temps entre sa clientèle d'analyste privé, thérapeute et formateur, à Paris et l'animation du foyer de La Velotte près de Besançon, une institution d'accueil et de soins pour psychotiques créée en collaboration avec des familles de malades.

Sur le plan théorique, il a poursuivi l'approfondissement des mécanismes de défense des schizophrènes. Il a montré à quel point ceux-ci haïssaient le conflit intrapsychique et projetaient sur l'environnement les tensions qu'ils ne pouvaient abriter en eux, suscitant en particulier dans l'environnement institutionnel des scissions, reflets de leur propre conflictualité interne impossible à assumer. Il a aussi décrit chez le schizophrène, sous le nom d'*antædipe*, une position délirante où le sujet refuse de se reconnaître issu d'un père et d'une mère et s'imagine de manière omnipotente fils de ses seules œuvres. S'intéressant à la famille des schizophrènes, il a cherché à intégrer les travaux américains systémistes sur les troubles de la communication dans une perspective psychanalytique, en introduisant l'étude des fantasmes et de mythes familiaux. Il est ainsi à l'origine des psychothérapies familiales psychanalytiques. Son travail avec les familles et dans les institutions l'a conduit à individualiser la figure, aujourd'hui à la mode, du pervers narcissique qui trouve sa jouissance dans la manipulation et l'asservissement de l'autre, dans

l'utilisation d'autrui pour se faire valoir. Elle serait une forme du déni de la conflictualité interne et un mécanisme de défense contre le deuil.

### ***François Tosquelles (1912-1994)***

Né en Catalogne, François Tosquelles avait commencé une formation psychiatrique à l'institut Pere Mata de Reus, un hôpital psychiatrique dirigé par le professeur Mira y Lopez, professeur de psychiatrie à Barcelone, qui avait accueilli un certain nombre de psychanalystes et de psychologues juifs allemands ou autrichiens réfugiés après la prise de pouvoir hitlérienne. Influencé à la fois par la psychanalyse, le marxisme et la psychologie de la forme (qui cherche à comprendre des ensembles de perceptions telles qu'elles se détachent sur un fond), François Tosquelles, engagé dans les forces de la république espagnole contre la sédition franquiste, devint quoiqu'encore très jeune, le chef du service psychiatrique des armées espagnoles. Réfugié en France après la défaite des républicains, il organisait un service d'aide psychologique auprès des combattants républicains espagnols internés lorsqu'il fut contacté par le médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban en Lozère, Paul Balvet, qui cherchait à étoffer son personnel pour réformer ce qui n'était encore qu'un asile classique. Ne possédant pas de diplôme de médecin français, François Tosquelles fut alors engagé comme infirmier. Il dut par la suite refaire tout son cursus médical avant de pouvoir devenir à son tour, en 1953, médecin-directeur de ce qui est considéré comme le berceau de la psychothérapie institutionnelle. Les principaux

protagonistes de ce mouvement – Jean Oury, Maurice Despinoy, Roger Gentis, Yves Racine, Horace Torrubia et bien d'autres – ont été les élèves ou les compagnons de route de François Tosquelles.

François Tosquelles a commencé, on l'a raconté ici dans l'historique, par lutter contre les tendances mortifères secrétées par l'institution asilaire en multipliant les réunions entre infirmiers et entre infirmiers et patients afin de rendre le milieu ambiant propice à des cures psychothérapeutiques. Puis il s'est aperçu que l'institution, en psychodramatisant les conflits internes des patients sur une scène où ils devenaient visibles et analysables par tous, pouvait être en elle-même un outil thérapeutique. Il a ainsi distingué ce qu'il appelait l'*établissement*, l'ensemble de règles instituées, d'habitudes, de traditions qui paralysent le changement, de l'*institution*, qui donne sens aux rapports interhumains en les instituant, en leur donnant une légitimité au sein d'un collectif.

Il a utilisé un certain nombre d'instruments comme le club, une institution parallèle à l'hôpital, où les mêmes protagonistes se retrouvaient non plus dans la position de malades et d'infirmiers, mais dans celle de membres à droits égaux d'une organisation sociale destinée à gérer les produits de l'ergothérapie et à organiser la vie collective, les sorties, les loisirs. Ce décalage permettait à partir d'une situation de jeter un regard sur l'autre et d'éviter dans une perspective dynamique de figer les rapports sociaux.

Ouvrant l'hôpital sur l'extérieur, multipliant les échanges avec la population, il a cherché aussi à modifier l'image de la folie dans la culture.

Sur le plan théorique, « marchant sur deux jambes, freudienne et marxiste », selon son expression, il a voulu dégager l'aliénation mentale (la folie) de son intrication dans la gangue d'aliénation sociale surajoutée par les rapports de classe et l'exploitation de l'homme par l'homme.

En collaboration avec l'abbé Oziol qui avait fondé le Clos du Nid, un ensemble d'institutions accueillant des enfants étiquetés « déficients mentaux », il a appliqué les thèses expérimentées à l'hôpital psychiatrique à la pathologie des enfants, utilisant les rapports dialectiques entre deux sortes de groupes auxquels appartenaient ces enfants : des groupes de vie et des groupes d'activités, chacun de ces groupes, remettant en route des rapports de critique mutuelle, une dynamique qui mobilisait les enfants.

Après avoir transmis à d'autres ses fonctions en Lozère, François Tosquelles a terminé sa carrière d'abord à la Nouvelle Forge, un réseau institutionnel créé dans l'Oise pour les enfants et les adolescents en difficulté psychique dans l'optique de l'éducation nouvelle, puis à Agen. Après sa retraite, il a poursuivi jusqu'à sa mort la transmission de son expérience clinique et sa réflexion théorique avec une vitalité, un charisme et une faconde qui ont marqué tous ceux qui ont pu le côtoyer. L'ensemble de la psychiatrie française doit beaucoup à son énergie infatigable. Pour François Tosquelles, rien n'était jamais

arrêté, tout devait rester en mouvement, en révolution permanente.

## Chapitre 30

# Dix associations

---

### *Dans ce chapitre :*

- ▶ Connaître les principales associations professionnelles organisées autour de la psychiatrie
  - ▶ Connaître les principales associations d'usagers organisées autour de la psychiatrie
  - ▶ Savoir à qui s'adresser en cas de problème détecté chez un proche
- 

Les psychiatres ont toujours éprouvé le besoin de se grouper en associations pour partager leurs réflexions et leurs observations, pour échapper peut-être aussi à un sentiment de solitude et se défendre contre les attaques d'une société qui n'a pas toujours été tendre à leur égard et à celui de leurs patients.

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, les usagers à leur tour ont senti la nécessité de se regrouper pour défendre leurs droits et réclamer l'attention des pouvoirs publics et de l'opinion. Ce furent d'abord les familles parlant au nom de leurs enfants, ce sont aujourd'hui les malades eux-mêmes, on l'a vu, qui demandent à être écoutés et revendiquent une position centrale dans les prises de décisions qui les concernent au premier chef.

Voici donc dix associations, cinq professionnelles, cinq d'usagers, parmi les principales à faire entendre leur voix.

### ***La Société médico-psychologique (SMP)***

C'est la plus ancienne des sociétés scientifiques psychiatriques françaises. Elle a été fondée en 1852 pour étudier le psychisme humain et ses troubles, promouvoir la recherche et développer la prévention. Elle n'a cessé depuis de tenir régulièrement dix journées annuelles où ont été présentées les principales avancées de la discipline, notamment la découverte des premiers médicaments psychotropes. Elle édite sans interruption une revue qui lui est d'ailleurs antérieure, les *Annales médico-psychologiques*, fondées en 1843 : une mine pour l'historien des idées en psychiatrie !

### ***L'International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)***

Fondée en 1937 au premier congrès international de psychiatrie de l'enfant organisé à Paris par le professeur Georges Heuyer, cette association internationale de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des professions associées a marqué la prise d'autonomie de la pédopsychiatrie dans de nombreux pays ainsi que sa nature multidisciplinaire. Tenant un congrès tous les quatre ans (dont le dernier en 2014 à Durban en Afrique du Sud), elle vise à promouvoir des politiques, des pratiques et des recherches pour traiter les troubles émotionnels et mentaux des

enfants et des adolescents et prévenir les incapacités résultant de ces troubles. Elle est actuellement présidée par un Français, le professeur Bruno Falissard.

## ***La World Psychiatric Association (Association mondiale de psychiatrie)***

Fondée au congrès de Paris en 1950, là encore en large partie à l'initiative d'un Français, Henri Ey, qui en fut le secrétaire général, elle regroupe deux cent mille psychiatres de cent dix-huit pays. Elle organise un congrès tous les trois ans pour confronter l'évolution dans le monde des connaissances et des pratiques dans le champ de la santé mentale. Elle a joué un rôle important en formulant des règles éthiques, mondialement reconnues, afin de préserver la dignité des malades et de leurs familles. Elle s'est notamment élevée contre l'utilisation de la psychiatrie à des fins policières par les régimes totalitaires.

## ***La Fédération française de psychiatrie (FFP)***

Regroupant une trentaine de sociétés scientifiques françaises, elle gère un site Internet : Psycho-doc. Elle est l'interlocuteur des pouvoirs publics, des grands organismes de recherche (INSERM, CNRS) et des usagers. Elle organise en lien avec les agences publiques des conférences de consensus qui permettent d'établir un accord entre professionnels sur les différentes stratégies et les différents protocoles thérapeutiques. Elle détermine les axes principaux de la formation médicale continue des psychiatres assurée par ses

sociétés constituantes, à travers leurs congrès et journées d'études.

### ***La Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)***

Représentant la pédopsychiatrie auprès des pouvoirs publics, elle reflète, à travers ses congrès annuels, ses carrefours et ses journées d'études, la vitalité et la diversité des recherches et des pratiques des pays francophones en matière de traitement et de prévention des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent. Elle édite une revue mensuelle, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, qui est un outil de référence pour les praticiens.

### ***L'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (UNAPEI)***

Créée en 1960, l'UNAPEI regroupe des associations régionales, départementales et locales de familles de personnes handicapées mentales. Elle représente ces familles auprès des pouvoirs publics, défend leurs intérêts et contribue à l'élaboration des politiques qui les concernent. À travers ses associations constitutives, elle gère plus de trois mille établissements ou services, emploie soixante-quinze mille salariés qui prennent en charge près de deux cent mille personnes handicapées.

## ***L'Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)***

Constituée au départ comme un groupement d'entraide de familles essentiellement de malades schizophrènes, l'UNAFAM est devenue un important interlocuteur des pouvoirs publics. Elle représente les usagers dans les conseils d'administration et les différentes instances de concertation des établissements sanitaires et médico-sociaux. Elle joue un rôle précieux dans l'information et la formation des familles ainsi que dans l'orientation des personnes en demande de soins ou d'insertion sociale. Contribuant à l'élaboration des politiques, elle a été l'un des auteurs principaux de la définition du *handicap psychique* comme conséquence de troubles psychiques altérant le fonctionnement de la personnalité, une entité distincte du *handicap mental* lié à une déficience des capacités intellectuelles. Elle constitue l'un des éléments moteurs de la mise en place des groupes d'entraide mutuelle (GEM).

## ***La Fédération Française Sésame Autisme***

La Fédération Française Sésame Autisme (membre de l'UNAPEI) a été fondée par des parents d'enfants autistes désireux d'attirer l'attention de l'opinion sur la spécificité du handicap de leurs enfants, alors confondu soit avec la schizophrénie soit avec le retard mental. Elle a été à l'origine d'établissements pilotes dans le domaine de l'autisme pour enfants, pour adolescents, pour adultes et maintenant pour personnes vieillissantes gérés par ses associations

constituantes. Elle a présenté des suggestions et des observations sur les différents plans autisme qui se sont succédés ces dernières années. Elle édite la revue *Sésame* et, par l'intermédiaire de ses associations régionales, anime des groupes d'échanges pour les familles et des permanences d'orientation.

## ***La Fédération Autisme France***

Née d'une scission intervenue en 1989 au sein de la Fédération Française Sésame Autisme, l'Association Autisme France combat pour la reconnaissance du diagnostic d'autisme selon les critères internationaux qu'elle estime insuffisamment pris en compte par la majorité des pédopsychiatres français. Elle promeut plus particulièrement les méthodes éducatives d'inspiration comportementaliste et a engagé une lutte frontale contre l'inspiration psychanalytique dont elle croit déceler l'influence outrancière dans la pédopsychiatrie française. Grâce à son militantisme et à des campagnes particulièrement efficaces, elle a obtenu la promulgation d'un « socle théorique » et de « recommandations de bonnes pratiques », selon elle davantage en conformité avec les publications anglo-saxonnes que les pratiques dominantes dans notre pays. Elle exige le respect de ce « socle » dans les formations universitaires et dans les écoles d'éducateurs ou de rééducateurs, ainsi que celui des « recommandations » dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, au risque de tarir par une pensée unique la recherche et la créativité des praticiens.

## ***La Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)***

Contrairement à ce qui se passait en Europe du Nord, les usagers en psychiatrie étaient jusqu'à peu représentés seulement par leurs familles. En 1992 la création de la FNAPSY répond donc au besoin d'une représentation directe de l'utilisateur. La FNAPSY est devenue à son tour, aux côtés de l'UNAFAM et en collaboration avec elle, une interlocutrice des pouvoirs publics. Elle a participé à la rédaction et à la diffusion d'une charte de l'utilisateur, à des campagnes pour la déstigmatisation des malades mentaux. Elle a contribué à la rédaction de rapports sur la santé mentale et sur l'accréditation des établissements psychiatriques. Elle représente les usagers dans certains de ces établissements et a développé des actions de formation. Elle est devenue une partenaire écoutée pour les psychiatres, témoignant dans l'optique souvent citée ici du « rétablissement » d'une nouvelle manière de considérer la relation entre le professionnel prestataire de service et l'utilisateur en position active de contributeur à son mieux-être.

# Bibliographie

---

## Chapitre 1

Jackie Pigeaud, *La maladie de l'âme*, Paris, Les Belles Lettres, 1989.

Jacques Postel et Claude Quérel (sous la direction de), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1983.

## Chapitre 2

Ian Dowbiggin, *La folie héréditaire*, Paris, EPEL, 1993.

Jan Goldstein, *Consoler et classifier, l'essor de la psychiatrie française*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1997.

## Chapitre 3

Daniel Widlöcher et collaborateurs, *Traité de psychopathologie*, Paris, PUF, 1994.

## Chapitre 4

Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique*, Paris, PUF, 2006.

## Chapitre 5

Isabelle von Bueltzingsloewen, *L'hécatombe des fous, la famine dans les hôpitaux psychiatriques sous l'occupation*, Paris, Aubier, 2007.

Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique*, Paris, PUF, 2006.

## **Chapitre 6**

Collectif, *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, *Recherches n° 17*, mars 1975.

Franco Basaglia, *L'institution en négation*, Paris, Éditions du Seuil, 1970.

Françoise Castel, Robert Castel, Anne Lovell, *La société psychiatrique avancée*, Paris, Grasset, 1979.

Thomas Stephen Szasz, *Le mythe de la maladie mentale*, Paris, Payot, 1975.

## **Chapitre 7**

Mary Barnes et Joseph Berke, *Un voyage à travers la folie*, Paris, Éditions du Seuil, 1973.

Marcel Sassolas, *La psychose à rebrousse-poil*, Toulouse, Érès, 1997.

## **Chapitre 8**

Michel Minard, *Le DSM roi, la psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*,

Toulouse, Érès, 2013.

## **Chapitre 10**

Sigmund Freud, *Deuil et mélancolie*, Paris, Payot, 2011.

Philippe Pignarre, *Comment la dépression est devenue une épidémie*, Paris, La Découverte, 2001.

## **Chapitre 11**

Sigmund Freud, *Introduction à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1921.

## **Chapitre 12**

Paul-Claude Racamier, *Les schizophrènes*, Payot, Paris, 1980.

## **Chapitre 13**

*Un beau roman d'un héros paranoïaque*

Joaquim Maria Machado de Assis, *Don Casmurro*, Paris, Métailié, 1983.

## **Chapitre 14**

Alain Berthoz et collaborateurs, *L'autisme de la recherche à la pratique*, Paris, Odile Jacob, 2005.

Jacques Hochmann, *Histoire de l'autisme*, Paris, Odile Jacob, 2009.

## **Chapitre 15**

Daniel Marcelli et David Cohen, *Enfance et psychopathologie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2012.

## **Chapitre 16**

Philippe Jeammet et collaborateurs (sous la direction de), *Adolescences, repères pour les parents et les professionnels*, Paris, La Découverte, 2004.

## **Chapitre 17**

Dominique Champion, Didier Hannequin, *La maladie d'Alzheimer*, Paris, Flammarion, 2002.

## **Chapitre 18**

André Ciavaldini et Claude Balier, *Agressions sexuelles*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2000.

Michel David, *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, Paris, PUF, 1993.

Jean-Louis Senon, Jean-Charles Pascal, Gérard Rossinelli (sous la direction de), *Expertise psychiatrique pénale*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2007.

***... et un roman noir sur la délinquance juvénile***

Thierry Jonquet, *Ils sont notre épouvante et vous êtes leur crainte*, Éditions du Seuil, Paris, 2006.

### **Chapitre 19**

Jean Adès et Michel Lejoyeux, *Alcoolisme et psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 1997.

### **Chapitre 21**

Pierre-François Chanoit, *Psychothérapie institutionnelle*, Paris, PUF, 1995.

Léon Chertok, *L'hypnose*, Paris, Payot, 2002.

Jean Cottraux, *Les thérapies comportementales et cognitives*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2004.

Pierre Fedida et collaborateurs, *Qu'est-ce qui guérit dans la psychothérapie ?*, Paris, PUF, 2001.

Paul Watzlawick et collaborateurs, *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Paris, Éditions du Seuil, 2014.

### **Chapitre 22**

David Healy, *Les médicaments psychiatriques démythifiés*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2009.

### **Chapitre 23**

***Sur la réhabilitation et ses méthodes***

William Alan Anthony et collaborateurs, *La réhabilitation psychiatrique*, Charleroi, Socrate Editions Promarex, 2004.

***Sur l'empowerment***

Alain Ehrenberg, *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob, 2010.

***Sur les écrits de malades mentaux***

Jacques Hochmann, *Les antipsychiatries, une histoire*, Paris, Odile Jacob, 2015.

# Index

---

« Pour retrouver la section qui vous intéresse à partir de cet index, utilisez le moteur de recherche »

## A

accès

    maniaque

    mélancolique

acide barbiturique

actes manqués

addictions

adolescents

âge

âge classique

agitation

agités

agresseurs sexuels

aides médico-psychologiques (AMP)

aides-soignants

alcool

alcoolisme

aliénation

aliénés

alimentation

industrielle  
alitement  
Allemagne  
ambivalence  
âme  
    concupiscente  
    raisonnable  
    spirituelle  
    végétative  
    volontaire  
amnésie  
amour  
amour-propre  
analyse existentielle  
Angleterre  
angoisse  
anhédonie  
anorexie mentale  
antiandrogènes  
antidépresseurs  
antiépileptiques  
antipsychiatrie  
antipsychotiques  
Antiquité gréco-romaine  
anxiété  
aphasie  
aphonie  
Apollon

appartements thérapeutiques  
appétit  
apragmatisme  
armée  
art  
    brut  
    psychopathologique  
Arthaud, Antonin  
artistes  
asiles  
assistants sociaux  
Association mondiale de psychiatrie  
associations  
asthénie  
atavisme  
attachement  
attaques de panique  
Aurelianus, Caelius  
Aurelianus, Celse  
autisme  
automutilation  
autoplacement  
autopsies  
autorité

## ***B***

Babinski, Joseph  
baby blues

bains  
Balvet, Paul  
Balzac, Honoré de  
Battie, William  
Bayle, Antoine Laurent  
Beard, George Miller  
bébé  
Bedlam  
benzodiazépines  
Bernheim, Hippolyte  
Bicêtre  
bile  
    noire  
Bini, Lucio  
Binswanger, Ludwig  
biologie  
Bleuler, Eugen  
boissons  
Bonnafé, Lucien  
Bonnot de Condillac, Étienne  
bouffons  
boulimie  
Breton, André  
Briquet, Paul  
Broussais, François-Joseph-Victor

## **C**

Ça

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

camisole

Canguilhem, Georges

Capgras, Joseph

caractère

cardiazol

carences affectives

Carrel, Alexis

castration

catharsis

cellules d'intervention psychologique

centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)

centres de crise

centres de jour

centres médico-psychologiques (CMP)

centres médico-socio-judiciaires de sûreté

Cerletti, Ugo

cerveau

Charcot, Jean-Martin

Chaurand, André

Chiarugi, Toscan Vincenzo

chirurgiens

choc

chorée de Huntington

chorée de Sydenham

chromosomes

Clerambault, Gaëtan Gatian de

clinothérapie

colère

Colombier, Jean

coma

commission départementale des soins psychiatriques  
(CDSP)

comportement

comportementalisme

compréhension

compulsions

conflit

    intrapsychique

confusion mentale

conscient

consentement

contention

contrainte

conversion

convulsions

Cooper, David

corps

cortex préfrontal

crânes

Crichton, Alexander

crimes

criminels

criminologie

crises de nerfs

crises familiales

Cullen, William

culpabilité

culture

## ***D***

danse de saint Guy

Daquin, Joseph

Darwin

Daumezon, Georges

Daumezon, Georges

décoctions

déficit cognitif

dégénérescence

Dejerine, Joseph Jules

Delay, Jean

délinquance

délinquants

délire d'interprétation

délire

délires passionnels

délit

démence précoce

démence

Démocrite

démons

dépersonnalisation

dépistage

déplacement

dépôts de mendicité

dépressifs

dépression

atypique

chez l'adolescent

de l'enfant

du bébé

du post-partum

du vieillard

mélancolique

récurrente

saisonnaire

simple

déraison

déréalisation

désaliénisme

Descartes, René

désensibilisation

désir

Desnos, Roland

désorganisation

deuil

dévalorisation

devins

diable

diabes de Loudun

diagnostic

Diatkine, René

dieu

discordance

dissection

dissociation

divan

Dora

Doublet, François

drogues

droits

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

dysarthrie

dysharmonies cognitives

dyslexies

dysphasies

dyspraxies

dysthymie

## ***E***

eau

écholalies

école

écoute

écriture automatique

écrivains

éducateurs de jeunes enfants

éducateurs spécialisés

électrochoc

électrothérapie  
ellébore  
Ellis, Henry Havelock  
Éluard, Paul  
émotions  
empathie  
enfance  
enfants  
entreprise  
environnement  
éphèdre  
épilepsie  
épileptiques  
équipes mobiles  
ergothérapeutes  
ergothérapie  
érotomanie  
esprit  
Esquirol, Jean-Étienne  
états délirants chroniques  
euthanasie  
euthymie  
Évangile de Marc  
évitement  
exercices physiques  
exhibitionnisme  
exorcisme  
Ey, Henri

## ***F***

Falret, Jean-Pierre

famille

fantaisie

fantasmes

Fédération autisme France

Fédération française de psychiatrie (FFP)

Fédération française sésame autisme

Fédération nationale des associations d'usagers en  
psychiatrie (FNAPSY)

féministes

Ferdière, Gaston

fétichisme

fièvre

flegme

folie

folies partielles

formation réactionnelle

Foucault, Michel

fous

France

Freeman, Walter

Freud, Sigmund

fugue

## ***G***

Galien

Gall, Franz Joseph  
Galton, Francis  
George III,  
Georget, Étienne-Jean  
génétique  
gérontophilie  
Goldstein, Kurt  
grand renfermement  
Grande Guerre  
guérisons

## ***H***

haine  
hallucination  
haschisch  
handicap psychique  
handicapés  
hécatombe des fous  
hérédité  
herméneutique  
Hippocrate  
Hitler, Adolf  
homicide  
homosexualité  
hôpital général  
hôpitaux  
hospitalisation à temps plein  
hospitalisation privée

hospitalisation publique

hospitalisme

hôtels-Dieu

Hugo, Victor

humanité

humeurs

Husserl, Edmund

Huxley, Aldous

hydrophobie

hydrothérapie

hygiénisme

hypocondrie

hypnose

hypnotique

hystérie

## ***I***

idéal

idées fixes

idiot

idiotie

ignorance

illusions

imagination

immersion

incendie

inceste

inconscient

infirmiers

inquisition

insécurité

insensés

insomnie

intelligence

Institoris, Henri

Institutions

de défense sociale

médico-sociales

pour adultes

pour enfants et adolescents

insuline

International Association for Child and Adolescent  
Psychiatry and Allied Profession (IACAPAP)

internement

interpersonnalisme

interprétation

inversion sexuelle

IRM

irresponsabilité

isolement

Italie

## ***J***

Jackson, John Hughlings

jalousie

Janet, Pierre

Jaspers, Karl  
Jauregg, Julius Wagner von  
Jésus  
jeux informatiques  
jouissance  
juge des libertés et de la détention  
jugement  
juristes  
justice

## ***K***

Kanner, Leo  
Kennedy, Rosemary  
Kleptomanie  
Koechlin, Philippe  
Kraepelin, Emil  
kraepelinisme  
Krafft-Ebing, Richard von

## ***L***

Lacan, Jacques  
Laing, Ronald David  
langage  
lapsus  
lavements  
Lebovici, Serge  
lésions cérébrales  
léthargie

lettres de cachet  
leucotome  
Leuret, François  
Libération  
libido  
lithium  
lobotomie  
Locke, John  
loges  
loi du 30 juin 1838,  
lois  
Lumières  
lunatiques  
lycanthropie  
lypémanie

## ***M***

Magnan, Valentin  
maison départementale des personnes handicapées (MDPH)  
maisons de force  
Maistre, Joseph de  
malade  
malades mentaux  
maladie  
    d'Alzheimer  
    de Basedow  
    de Parkinson  
    génétique

malariathérapie  
maniaque  
manie  
masochisme  
massages  
mécanismes de défense  
médecin  
    légiste  
    aliéniste  
    de l'âme  
médecine du corps  
médecins  
médicaments  
Meduna, Ladislav Joseph von  
méfiance  
mégalomanie  
mélancolie  
    anxieuse  
    délirante  
    stuporeuse  
méninges  
mentisme  
Meyer, Adolf  
Michelet, Jules  
mineurs  
Minkowski, Eugène  
Misés, Roger  
Moi

Moll, Albert  
Monakov, Constantin von  
moniteurs-éducateurs  
Moniz, Egas  
monomanies  
    érotiques  
    affectives  
    instinctives  
    intellectuelles  
moral  
Morel, Bénédict Augustin  
mort  
mortalité  
Mourgue  
Moyen Âge

## **N**

nécrophilie  
neurasthénie  
neurochirurgie  
neurologie  
neuropsychiatrie  
neurosciences  
neurotransmetteurs  
névrose  
    d'abandon  
    définition  
    d'angoisse

démonologique  
infantile  
obsessionnelle  
phobique  
névroses de guerre  
névroses  
Nordau, Max Simon  
nosologie

## ***O***

objets phobogènes  
obsession  
Œdipe (complexe d')  
onguents  
opium  
ordres religieux  
organes  
organicisme  
orthophonistes  
orthophrénie  
overdose

## ***P***

paludisme  
paralysie  
paranoïa  
Paré, Ambroise  
parole

passage à l'acte  
passion  
pavillon  
Pavlov, Ivan  
péché originel  
pédophilie  
pédopsychiatre  
pédopsychiatrie  
pèlerinages  
pensées  
perceptions sans objet  
persécution  
personnalité  
    antisociale  
    hystérique  
    obsessionnelle  
    phobique ou évitante  
personne âgée  
perte de connaissance  
pervers  
perversions  
peur  
phénoménologie  
philosophes  
phobie  
    scolaire  
    sociale  
phrénologie

Pinel, Philippe  
plaisir  
Platon  
poètes  
possession  
préconscient  
Première Guerre mondiale  
prêtres  
prévention  
prison  
Pritchard, George  
projection  
promenade  
psychanalyse  
psychasthénie  
psychiatres  
psychochirurgie  
psychodrame  
psychologie sociale  
psychologues cliniciens  
psychomotriciens  
psychopathes  
psychopathologie  
psychorigidité  
psychose maniaco-dépressive  
psychoses  
    aiguës  
    chroniques

infantiles  
psychothérapie  
institutionnelle  
psychothérapies  
de groupe  
familiales  
psychanalytiques  
pulsion  
Pussin, Jean-Baptiste  
pyromanie

## *Q*

Quétel, Claude

## *R*

Racamier, Paul-Claude  
rage  
raison  
réalité  
rééducateurs  
régression  
Reil, Johann Christian  
rejet  
rémissions  
Renaissance  
repos  
résilience  
résistance

responsabilité  
restauration  
retard mental  
retard scolaire  
Retraite d'York  
rêve  
revendication  
Révolution  
Richet, Charles  
Ricœur, Paul  
roi

## **S**

sadisme  
saignées  
saint Thomas d'Aquin  
Saint-Alban  
Sainte-Anne  
Sakel, Manfred Joshua  
Salpêtrière  
sang  
scarifications  
schizophrène  
schizophrénie  
    dimension psychotique  
    résiduelle  
Schreber  
Seconde Guerre mondiale

secrétaires médicaux  
sémiologie  
sentiments  
Sérieux, Paul  
sexe  
sexologie  
sexualité  
Sherrington, Charles Scott  
Sida  
Simon, Hermann  
simulation  
singe  
situations phobogènes  
socialisation  
Société française de psychiatrie de l'enfant et de  
l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)  
Société médico-psychologique (SMP)  
soin ambulatoire individuel privé  
soins à temps partiel  
soins  
soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État  
(SDRE)  
somatisation  
sommeil  
sorcières  
souffrance  
Spitzer, Robert  
Sprenger, Jacques  
stade

anal

génital

oral

Stahl, Georg Ernst

stérilisation

stigmates physiques

stimulation magnétique transcérébrale

stimuli

stoïciens

stress

post-traumatique

substances toxiques

suicide

Sullivan, Harry Stack

Surmoi

surréalistes

symbole

symptômes

syndrome d'Asperger

syphilis

système nerveux

## ***T***

tempérament

atrabilaire

bilieux

flegmatique

sanguin

théâtre

théologiens

théorie

théories de l'apprentissage

théoriciens

thérapies

- comportementales et cognitives (TCC)

- de choc

- de couple

- systemiques

thyroïde

tisanes

torpillage

tortures

Tosquelles, François

tours des fous

toxicomanies

traitements

transsexualité

transfert

traumatisme

travailleurs sociaux

tristesse

trouble

- bipolaire

- de conversion

- de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

- de la symbolisation

de l'humeur  
du cerveau social  
dysphorique prémenstruel  
fonctionnel  
neurologique fonctionnel  
phobique  
sensoriel  
thymique

troubles

- anxieux
- bipolaires
- de l'attachement
- de l'humeur
- de la communication
- de la conduite
- de la socialisation
- dissociatifs
- du caractère et du comportement
- du comportement alimentaire
- du sommeil
- du spectre autistique
- envahissants du développement (TED)
- factices
- obsessionnels compulsifs (TOC)
- oppositionnels avec provocation (TOP)
- somatoformes

Tuke, Samuel  
Tuke, William

## ***U***

Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (UNAPEI)

## ***V***

ventouses

vertige

vide

Vigny, Alfred de

violence

voyeurisme

## ***W***

Watson, John Broadus

Wier, Jean

Willis, Francis

Winnicott, Donald Woods

Wolfson, Louis

Woolf, Virginia

World Psychiatric Association (Association mondiale de psychiatrie)

## ***Z***

Zola, Émile

zoophilie

Zweig, Stefan