

LIBRES **COURS**
PSYCHOLOGIE

Les troubles psychiatriques résistants

VERS DE NOUVELLES FORMES DE SOIN

Martine Bouvard (dir.)

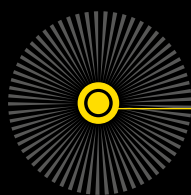


La dépression unipolaire, les troubles bipolaires et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sont trois pathologies qui entraînent une souffrance importante, des répercussions péjoratives sur l'individu et sa famille. Elles constituent également une urgence de santé publique.

Cet ouvrage présente l'état de la recherche sur ces troubles résistants aux formes usuelles de traitements. Il fait le point sur les avancées dans les prises en charge des personnes, les nouvelles formes de soins et d'accompagnement développées par les chercheurs et les praticiens.

Il donne également la parole aux diverses associations de représentants des patients qui témoignent à la fois de leurs difficultés et de leurs attentes à l'égard des politiques publiques, des chercheurs et des professionnels de la santé et de l'action sociale.

Cette approche pluridisciplinaire ouvre des perspectives nouvelles de soin et apporte des réponses concrètes pour améliorer le quotidien des patients.



SOUS LA DIRECTION DE MARTINE BOUVARD, professeur de psychologie, responsable de l'axe scientifique « États émotionnels, comportements de santé et troubles associés », SFR Santé et société, laboratoire de psychologie et neurocognition (LPNC), université de Savoie.

Ont contribué à cet ouvrage : Jean-Michel Aubry, Sylvie Blairy, Thierry Bougerol, Pascal Bouvier, Lise Demailly, Sophie Favre, Sabrina Garçon, Jérôme Holtzmann, Julien Paris, Faouzia Perrin, Camille Piguet, Mircea Polosan, Aurélie Wagener, Associations AFTOC, Bipolaire K2 et France dépression.



Presses universitaires de Grenoble
BP 1549 – 38025 Grenoble cedex 1
ISBN 978-2-7061-2255-2 (ebook PDF)

Les troubles psychiatriques résistants



Le code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3°, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

Mise en pages: SoftOffice

Création de couverture: Corinne Tourasse

© Presses universitaires de Grenoble, juin 2015
5, place Robert-Schuman
BP 1549 – 38025 Grenoble cedex 1
pug@pug.fr / www.pug.fr

ISBN 978-2-7061-2255-2 (*ebook PDF*)

L'ouvrage papier est paru sous la référence ISBN 978-2-7061-2254-5

Martine Bouvard (dir.)

Les troubles psychiatriques résistants

Vers de nouvelles formes de soins

Presses universitaires de Grenoble

DANS LA MÊME COLLECTION

Droit

- O. Soria, *Droit de l'environnement industriel*, 2013
M. Pérès, *Droit et responsabilité en montagne. Jurisprudence relative aux activités sportives et touristiques en montagne*, 2006
D. Mallet, P. Balme, P. Richard (dir.), *Réglementation et management des universités françaises*, 2005
P. Pedrot (dir.), *Génétique, biomédecine et société*, 2005
F. Servoin, *Droit administratif de l'économie*, 2001

Économie

- P. Bailly, C. Carrère, *Statistiques descriptives. L'économie et les chiffres*, 2015
Colliat R. et Échinard Y. (dir.), *Quelle fiscalité pour le XXI^e siècle? Contributions au débat*, 2014
H. Drouvot, *Le Made in Brésil. L'industrie brésilienne face à la mondialisation*, 2005
C. Perret (dir.), *Perspectives de développement pour la Nouvelle-Calédonie*, 2002
M. Lejeune, *Traitements des fichiers d'enquêtes. Redressements, injections de réponses, fusions*, 2001
A. Samuelson, *Les grands courants de la pensée économique*, 5^e édition, 1997

Gestion

- P. Balme, J.-R. Cytermann, M. Dellacasagrande, J.-L. Reffet, P. Richard, D. Verhaeghe, *L'université française: une nouvelle autonomie, un nouveau management*, 2012
B. Derrouch, *Gestion comptable et financière de l'entreprise*, 2005

Sciences politiques

- Y. Deloye, O. Ihl, A. Joignant (dir.), *Gouverner par la science: perspectives comparées*, 2013
G. Gourgues, *Les politiques de démocratie participative*, 2013
M. Hollard, G. Saez (dir.), *Politique, science et action publique. La référence à Pierre Mendès France et les débats actuels*, 2010
C. Bidégaray, S. Cadiou et C. Pina, *L'Élu local aujourd'hui*, 2009
M. Chauchat, *Vers un développement citoyen. Perspectives d'émancipation pour la Nouvelle-Calédonie*, 2006
J.-L. Chabot, *Aux origines intellectuelles de l'Union européenne. L'idée d'Europe unie de 1919 à 1939*, 2005

Psychologie

- E. Grebot, *Repères en psychopathologie*, 2002
E. Grebot et I. Orgiazzi Billon-Galland, *Les bases de la psychopathologie – Éléments historiques, notionnels et théoriques*, 2001

Sciences

- G. Dhont, B. Zhilinski, *Symétrie dans la nature*, 2011

Sociologie

- A. Baron, *Innover dans les politiques sociales. Pratiques du changement*, 2013
A. Baron, *Dynamiques territoriales de l'action sociale et médico-sociale*, 2010
F. Moutet, *La Féminisation des effectifs chirurgicaux*, 2010

Avant-propos

La Structure fédérative de recherche (SFR) Santé et Société de l'université de Grenoble Alpes regroupe des chercheurs, issus de laboratoires universitaires grenoblois et d'organismes de recherche, ainsi que des acteurs de la société civile et du monde socio-économique, concernés et engagés dans le champ de la santé, de l'action sociale, médico-sociale et de l'éducation. La SFR est structurée en cinq axes scientifiques qui couvrent différentes thématiques de santé articulées à des problématiques sociétales : « Vieillesse, Longévité, Autonomie », « Apprentissages et Handicaps Scolaires », « États émotionnels, comportements de santé et troubles associés », « Santé et Travail », et « Droit et Santé ».

5

La SFR Santé et Société poursuit trois missions principales :

- la réalisation de recherches interdisciplinaires sur des questions transversales de santé témoignant d'importants enjeux sociétaux et ayant pour but de contribuer à améliorer le bien-être et la santé de la population. La SFR, initiée par l'Université Pierre Mendès France de Grenoble, aborde les problématiques de santé au prisme des sciences humaines et sociales ;
- la diffusion/valorisation des travaux réalisés ainsi que le développement de services et d'actions destinés à la population, aux professionnels des secteurs concernés, aux responsables et décideurs des politiques publiques ;
- la promotion et le soutien de formations pluridisciplinaires adossées à des pôles de recherche de l'université de Grenoble Alpes.

Dans le cadre de sa mission de diffusion des connaissances issues de la recherche, la SFR Santé et Société organise chaque année une journée scientifique autour de la thématique de l'un de ses axes. En 2013, cette journée a concerné l'axe « États émotionnels, comportements de santé et troubles associés » placé sous la responsabilité de Martine Bouvard, professeur de psychologie clinique, et a été consacrée à « l'Actualité de la recherche sur les troubles psychiatriques résistants, les nouvelles formes de soins ». Les communications proposées par les chercheurs et les représentants de la société civile,

enrichies des échanges développés lors de la journée et nourries de références actualisées sont réunies dans cet ouvrage. Nous souhaitons ainsi offrir un support afin de diffuser ces travaux au-delà du cercle des participants à cette journée, à tous les acteurs professionnels et associatifs engagés dans le soin et l'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiatriques résistants, mais aussi aux proches, qui souhaitent s'informer et trouver des ancrages théoriques accessibles, pour soutenir leur réflexion et leur action.

L'équipe de direction de la SFR
Catherine Gucher, sociologue, maître de conférences
habilitée à diriger des recherches, directrice de la SFR
Céline Baeyens, psychologue, maître de conférences,
attachée de direction
Annie Mollier, ingénieur d'études

Introduction

MARTINE BOUVARD, RESPONSABLE DE L'AXE SCIENTIFIQUE

**« ÉTATS ÉMOTIONNELS, COMPORTEMENTS DE SANTÉ ET TROUBLES ASSOCIÉS »
DE LA SFR SANTÉ ET SOCIÉTÉ**

L'objectif du présent ouvrage est de diffuser les savoirs de différentes disciplines concernant les troubles psychiatriques résistants en vue de faire émerger de nouvelles pistes de collaboration entre chercheurs, professionnels et acteurs sociaux. Il nous importe aussi de donner une information sur les avancées dans les prises en charge et de faciliter l'échange entre les représentants des usagers, les professionnels et les chercheurs de la SFR Santé et Société. Outre l'interdisciplinarité, les auteurs de l'ouvrage sont soit des universitaires, soit des cliniciens, soit des usagers avec un style différent et un regard différent.

Trois pathologies classées parmi les troubles psychiatriques résistants vont être abordées : le trouble obsessionnel compulsif, les troubles bipolaires et la dépression. Ces trois pathologies psychiatriques entraînent une souffrance importante et ont des répercussions péjoratives sur l'individu et sa famille. Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) peut être soigné par les antidépresseurs ou par la thérapie comportementale et cognitive. Notons que la pratique de la thérapie comportementale et cognitive, dans le cas du TOC, demande une expertise de la part du thérapeute. La technique comportementale qui a prouvé son efficacité est l'exposition avec prévention de la réponse qui est une étape importante mais non suffisante. Il est essentiel en effet, que le patient puisse reproduire la séance d'exposition avec prévention des rituels à son domicile avec ses propres obsessions pour que l'amélioration se maintienne au long terme. Cependant, il existerait un pourcentage non négligeable de patients (30 %) qui ne bénéficient pas de la thérapie comportementale et cognitive, même lorsqu'elle est correctement menée. Il en

est de même pour les traitements pharmacologiques (antidépresseurs). Des traitements neurochirurgicaux (neurostimulation ou stimulation cérébrale) sont actuellement proposés aux patients TOC résistants et représentent un nouvel espoir. Ils apportent une amélioration et un soulagement des symptômes obsessionnels compulsifs chez les sujets. Ces traitements sont cependant encore expérimentaux et ne peuvent être proposés à tous les patients.

Les centres experts de la maladie bipolaire commencent à associer à la psychiatrie biologique, la psychoéducation des patients. Cette dernière permet au patient souffrant de trouble bipolaire d'avoir une meilleure compréhension de sa pathologie et donc une meilleure adhésion au traitement. Des programmes de prise en charge ont été mis au point, qui améliorent la qualité de vie des patients, notamment la remédiation cognitive ou la pratique de la pleine conscience. Ils ne sont malheureusement pas pratiqués dans tous les centres hospitaliers.

Enfin, la dépression a également bénéficié des progrès de la psychiatrie biologique et de la thérapie comportementale et cognitive. Rappelons que Beck en 1979 a mis au point la thérapie cognitive avec les sujets souffrant de dépression avant de généraliser cette approche à d'autres troubles. Actuellement, le défi dans la dépression est de proposer des traitements et des nouvelles prises en charge afin de prévenir les rechutes. La recherche actuelle s'intéresse donc au long terme dans la prévention de la rechute dépressive.

L'ouvrage est réparti en trois parties :

- la première partie met l'accent sur l'approche interdisciplinaire concernant le trouble mental,
- la seconde partie regroupe pour chacun des troubles évoqués (trouble obsessionnel, troubles bipolaires et dépression) deux approches complémentaires, celle d'un psychiatre et celle d'un psychologue au sujet de la prise en charge,
- la troisième partie donne la parole d'une part, à un médecin directeur de la Santé publique et Environnement de la ville de Grenoble et d'autre part, aux associations de patients et des professionnels.

Plus précisément, la première partie de l'ouvrage s'articule autour de l'approche multidisciplinaire des troubles psychiatriques résistants. Le premier chapitre présenté est une approche historique par le Pr Bougerol. Il évoque les différents modèles qui ont structuré les soins en psychiatrie depuis son origine située au XVII^e siècle. À titre anecdotique, on ne parle plus de maladie mentale mais de trouble mental « car les critères diagnostiques du DSM ont pour ambition de décrire un tableau clinique et son évolution, à l'exclusion de l'étiologie qui est incertaine et non établie » comme le rappelle

le Pr Bougerol. Soulignons qu'un des modèles actuels sur lequel s'appuie la psychiatrie est le modèle bio-psycho-social qui fait interagir trois domaines de connaissances. Ainsi dans ce modèle, le trouble mental serait l'objet de trois disciplines que sont la biologie (psychiatrie biologique), la psychologie (notamment la psychologie cognitive) et une dimension sociale (théories de la réhabilitation).

Le second chapitre aborde l'approche sociologique du trouble mental. La sociologie permet d'avoir un regard différent sur la désignation sociale de l'anormal pour reprendre les propos de Lise Demailly. Ce chapitre met en évidence l'influence de la société sur le fonctionnement de l'individu, notamment sur le fonctionnement anormal.

Le troisième chapitre aborde le point de vue d'un philosophe concernant l'éthique des expérimentations sur les troubles résistants. Il discute sur la morale et l'éthique dans le domaine de la recherche en s'appuyant notamment sur les textes du Comité consultatif national sur l'éthique (CCNE). Rappelons que les revues internationales, notamment en psychologie, ne publient que des recherches ayant été soumises à des comités éthiques et certains organismes (telle la bourse Marie Curie) ne financent une recherche qu'après l'approbation d'un comité éthique. Dans les troubles résistants, tels le trouble obsessionnel ou la dépression, le jugement du patient n'est pas altéré, ce qui facilite l'application de la recherche. Mais qu'en est-il dans d'autres psychopathologies ? L'éthique en effet, implique un consentement éclairé (c'est-à-dire que toute expérimentation est bien décrite ainsi que ses attendus) et volontaire.

Le quatrième chapitre aborde l'approche juridique du trouble mental. Pour reprendre les propos de Julien Paris, la science juridique fait état des droits mais aussi des devoirs d'un citoyen. Récemment, une loi (du 5 juillet 2011) relative aux droits et à la protection des personnes présentant un trouble psychiatrique a vu le jour. Ses implications dans le domaine de la santé mentale sont brillamment discutées par Julien Paris.

La seconde partie de l'ouvrage réunit pour chacun des troubles résistants (TOC, trouble bipolaire et dépression) les écrits de deux intervenants, l'un psychiatre, l'autre psychologue sur l'état des savoirs et les nouvelles formes de soins.

Le premier chapitre sur le trouble obsessionnel compulsif comprend un texte sur l'état des connaissances cliniques et sur les thérapies comportementales et cognitives (Pr Bouvard) et un texte sur les thérapies biologiques et la stimulation cérébrale (Pr Polosan). Il ressort de la littérature internationale que les antidépresseurs comme la thérapie comportementale et cognitive améliorent

le trouble obsessionnel compulsif. Cependant, il reste un pourcentage de patients résistants à ces deux thérapeutiques. La stimulation cérébrale dont la technique a été mise au point par le Pr Benabid est proposée aux patients résistants et apporte un bénéfice à certains.

Le second chapitre sur les troubles bipolaires est composé d'un texte sur l'état des connaissances cliniques et l'évaluation proposée dans le centre expert du CHU de Grenoble (Sabrina Garçon) et un texte sur les approches psychothérapeutiques spécifiques au trouble bipolaire proposées au département de Santé Mentale et Psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (Dr Piguet, S. Favre et le Pr Aubry). La psychoéducation donne aux patients des informations sur le trouble bipolaire et son traitement, leur permet de mieux identifier les symptômes précoces des récurrences maniaques ou dépressives. Elle offre aux patients la possibilité de surveiller eux-mêmes leur humeur. Les programmes des troubles de l'humeur comprennent également dans certains centres, une approche de type cognitif et comportemental basée sur la pleine conscience et des programmes de remédiation cognitive. Ces deux prises en charge devront cependant faire leurs preuves dans le cas des troubles bipolaires.

10

Le troisième chapitre consacré à la dépression présente un premier texte sur l'état des connaissances cliniques et les thérapies biologiques (Dr Holtzann) et un second texte sur la technique de l'activation comportementale (Pr Blairy et A. Wagener). Il ressort de la littérature scientifique que les thérapies biologiques n'apportent une rémission que dans 70 % des cas, aussi des thérapies innovantes ont vu le jour, telles la stimulation cérébrale profonde et la Kétamine. L'activation comportementale serait l'ingrédient actif des psychothérapies comportementales et cognitives de la dépression. Cependant, à notre connaissance, elle est peu pratiquée en France contrairement à la Belgique ou à l'Angleterre.

La troisième partie fait état de la réalité du terrain. Un premier chapitre écrit par le docteur Perrin présente l'action de la ville de Grenoble en santé mentale dans le cadre des politiques publiques. Un second chapitre regroupe les textes de trois associations : l'Association française de trouble obsessionnel compulsif (AFTOC), K2 Association bipolaire et France dépression. Ces associations font le point sur leurs objectifs et les interrogations et demandes de leurs membres.

Approche historique : l'évolution des modèles théoriques qui structurent la recherche et l'organisation des soins en psychiatrie

THIERRY BOUGEROL, PSYCHIATRE, PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS
ET PRATICIEN HOSPITALIER, RESPONSABLE DU PÔLE DE PSYCHIATRIE
ET DE NEUROLOGIE, CHU DE GRENOBLE, UNIVERSITÉ JOSEPH-FOURIER

11

Parmi les disciplines médicales, la psychiatrie a toujours été un objet de controverses, polémiques et disputes diverses. Il n'est que de voir aujourd'hui la publication régulière d'ouvrages, certains assez bien documentés d'autres moins, qui présentent un visage pour le moins particulier de la psychiatrie : *J'ai survécu à la psychiatrie* (Rosar, 2013), *Pour en finir avec la psychiatrie : des patients témoignent* (Maillard-Dechenans, 2008) ou encore *Enfermez-les tous ! Internements : le scandale de l'abus et de l'arbitraire en psychiatrie* (Derivery et Bernardet, 2002).

À y regarder de plus près, cette situation n'est pas surprenante si l'on considère comment la psychiatrie s'est construite au travers d'une histoire complexe qui a façonné progressivement le cadre conceptuel dans lequel elle fonctionne aujourd'hui, histoire qui a construit un « modèle psychiatrique » de la maladie mentale et, de ce fait, une conception originale des soins. Les polémiques qui entourent en permanence le fait psychiatrique tiennent ainsi en grande partie à des malentendus et à des confusions sur ce qu'est la psychiatrie, sur ce que sont les modèles dont elle procède et, partant, sur le discours qu'elle peut tenir, sur ce qu'on peut lui demander et ce que l'on ne peut pas.

Un rappel des grandes étapes historiques qui conduisent à la psychiatrie d'aujourd'hui peut donc éclairer le débat.

Aux origines de la psychiatrie

Sans aller jusqu'à revenir aux racines les plus anciennes, à la période de l'Antiquité, de cette branche de la médecine dévouée aux soins des malades mentaux, un point de départ utile à notre propos peut être fixé au « siècle de la raison », dans ce XVII^e siècle qui, après l'effervescence de la Renaissance, organise, structure et met sur pied une administration raisonnée dans la plupart des royaumes de l'Europe occidentale, bien mal en point au sortir des guerres du siècle précédent. C'est dans ce contexte que les soins aux « insensés », plutôt rudimentaires jusqu'alors et le plus souvent limités à l'enfermement et l'exclusion, vont progressivement être organisés, institutionnalisés dirions-nous aujourd'hui, mais toutefois dans une direction qui reste encore dans la continuité des méthodes préexistantes. On voit construire alors, dans les villes d'une certaine importance, de nouveaux hospices avec souvent un bâtiment d'allure indéniablement carcérale, spécialement destiné à accueillir les « fous ». Un bel exemple est encore visible à Vienne (Autriche) où la *Narrenturm* (« Tour des fous ») du vieil Hôpital général, bien que de construction plus tardive (1784), donne aujourd'hui une idée du sort qui était réservé alors aux malades mentaux¹. Cet effort d'organisation sanitaire répondait certes à la nécessité de porter assistance aux nécessiteux, mais aussi à celle de sécuriser villes et campagnes que parcouraient des bandes de vagabonds, mercenaires sans emploi ou paysans chassés de leurs terres par la guerre. C'est le regroupement forcé et indistinct des insensés (dont le caractère pathologique du comportement était rarement reconnu) et des miséreux dans ces nouveaux établissements qui a fait considérer cette politique comme plus répressive que sanitaire. La situation, en France, des hôpitaux généraux (l'Hôpital général de Paris a été fondé en 1656, suivi de près par la création d'établissements similaires en province à partir de 1662) va ainsi fournir à Michel Foucault, on le sait, un argument pour faire de ce mouvement de « grand renfermement » une volonté politique de faire taire la folie (Foucault, 1961).

Il ne s'agit pourtant pas encore de psychiatrie ni même de « médecine des insensés » ; à ce titre, on ne peut pas parler de l'existence d'un modèle en soi du fait psychiatrique, mais les conditions nécessaires à son émergence commencent à se réunir. Il faudra néanmoins encore attendre pratiquement un siècle pour que celles-ci se complètent.

1. La Narrenturm abrite aujourd'hui le musée d'Anatomie pathologique de l'Université de Vienne (http://www.nhm-wien.ac.at/forschung/anthropologie/pathologisch-antonomische_sammlung_im_narrenturm)

Au fil du temps, les établissements hospitaliers fondés au XVII^e siècle vont subir une lente dégradation et la promiscuité qui y règne, l'absence de soins réels, la violence qui y a cours vont progressivement soulever l'indignation des observateurs. C'est d'abord en Angleterre, à partir du XVIII^e siècle et porté par un courant humaniste « philanthropique » plus général, que va naître de ces constats un mouvement qui va dénoncer avec vigueur le sort fait aux insensés dans les culs de basse-fosse que sont devenus les hôpitaux. L'établissement emblématique de ce « mouvement philanthropique » est l'asile St Mary Bethlehem, ancien établissement londonien plus connu sous le diminutif de « Bedlam » dont les célèbres gravures de Hogarth donnent un aperçu théâtralisé de la condition des malades qui y étaient enfermés.

Un médecin anglais, William Battie (1703-1776) va plus particulièrement incarner ce mouvement en obtenant une réforme des établissements destinés aux insensés. Surtout, de ce courant de pensée va émerger un certain nombre de principes d'organisation des soins tels que la nécessité pour chaque malade de pouvoir disposer d'une chambre individuelle, ou encore celle pour les établissements de disposer de personnels qualifiés pour le soin, principes qui restent encore d'une parfaite actualité. Battie va mettre en pratique ses idées en fondant un établissement modèle, le St Luke's hospital for the lunatics qui va petit à petit faire école. L'école philanthropique anglaise sera ainsi longtemps précurseur dans l'élaboration des principes du soin aux malades mentaux avec les continuateurs de William Battie, William Tuke à York ou surtout John Conolly qui, au siècle suivant, posera les principes de l'« *open door* » (ne pas recourir à l'enfermement des malades) ou du « *no restraint* » (refus de la coercition et de la contention), principes là encore tout à fait actuels.

13

En France, la situation des hôpitaux généraux n'est guère plus brillante que celle de Bedlam en Angleterre ainsi qu'en attestent les rapports successifs, jusqu'à la veille de la Révolution, pointant la nécessité d'une réforme². En 1785, une circulaire instaure la prise en charge des insensés dans des « asiles qui leur sont destinés », amorçant ainsi l'évolution qui, quelques années plus tard, conduira à la véritable naissance de la psychiatrie.

Naissance de la psychiatrie

C'est dans ce contexte que va intervenir celui qui est devenu la figure tutélaire de la psychiatrie française, Philippe Pinel (1745-1826), dont la statue trône

2. Cf. par exemple le rapport de Tenon sur la réforme des hôpitaux (1788).

devant le porche de l'hôpital de la Salpêtrière à Paris. Pinel est un médecin toulousain qui a fait ses études de médecine à Toulouse puis à Montpellier avant de « monter » à Paris où il va se dévouer à améliorer le sort des malades qui lui sont confiés. Nommé dans un premier temps à la tête de la division des insensés de l'hôpital de Bicêtre, il va devenir en 1795 médecin-chef de l'hôpital de la Salpêtrière. La Salpêtrière avait été le premier et le plus grand des hôpitaux généraux (1656), auquel avait été adjointe plus tard une prison pour femmes. Quand Pinel se voit confier l'administration de cet établissement, la Salpêtrière abrite près de 10 000 personnes dont plusieurs centaines de prisonnières dans les conditions que l'on imagine³. C'est là qu'intervient le geste qui va devenir l'emblème fondateur de la psychiatrie française mais aussi l'un des symboles de la nouvelle éthique républicaine égalitaire : Pinel va libérer les fous de leur chaîne. Cette scène quasi mythique, dont le tableau *Pinel à la Salpêtrière* de Tony Robert-Fleury a fixé pour l'histoire la représentation, n'a probablement jamais eu lieu, en tout cas de cette façon-là. On y voit Pinel en habit élégant et tricorne regardant son surveillant Pussin détacher une aliénée languissante. Plus intéressant est le personnage féminin enchaîné au poteau de l'avant-toit à quelques mètres de la scène principale. Cette folle, au visage exprimant une émotion torturée, porte jupe bleue, corsage blanc et, surtout, ce qui semble être un bonnet phrygien (ou un fichu ?) rouge. Elle est l'image même du drapeau tricolore et parfait symbole révolutionnaire. La médecine des aliénés naissante est ainsi associée dans cette imagerie saint-sulpicienne, au mouvement révolutionnaire, le « fou » devient un citoyen. Au-delà de ce qui est une certaine forme de récupération du geste, nous avons là en substance l'orientation même de la future psychiatrie.

Pinel, qui apparaît ainsi nourri des idées révolutionnaires, est aussi imprégné de la philosophie du mouvement philanthropique anglais qui a fortement inspiré son action de médecin et d'administrateur. Il fait œuvre d'hygiéniste et défend l'importance de l'hygiène et d'une bonne alimentation dans les soins aux aliénés. Avec lui le « fou » devient un sujet chez lequel « il y a une part de raison, auquel le traitement s'adresse » (Pinel, 1809). Cette évolution va être concrétisée par le changement de terminologie proposé par Pinel qui suggère de remplacer le vieux terme de « vésanie » désignant dans le vocabulaire médical la folie du commun, par celui d'« aliénation » qui pointe très directement la question du sujet que demeure le fou malgré sa folie. L'aliéné est en effet celui qui est « autre », étranger à lui-même, celui qui a

3. Dans les années les plus sombres de la Révolution, la Salpêtrière avait été aussi le théâtre de scènes effroyables lors des Massacres de septembre 1792.

perdu son libre-arbitre et à qui la médecine peut donc rendre sa liberté. Ce changement de terminologie, au-delà de son caractère anecdotique, marque une véritable rupture épistémique.

Ce terme d'« aliénation » va s'imposer facilement, porté par le contexte du temps, et la « médecine des aliénés » que l'on ne nomme pas encore psychiatrie⁴ va peu à peu obtenir droit de cité⁵. Privilégiant la méthode empirique, basée sur l'observation clinique, et le raisonnement philosophique⁶, Pinel considère que le rôle du médecin est de rétablir l'ordre de la nature qui, par essence, ne peut être que rationnelle. Par là, il s'inscrit dans le courant rationaliste illustré par Cabanis qui soutenait par exemple, à la même époque que les faits psychologiques étaient à rattacher à la physiologie et non aux sensations. Il pose les bases du « traitement moral » qui s'appuie sur l'existence du malade en tant que sujet. Un environnement favorable, une douce autorité sont à même de remettre le malade sur le chemin de la raison. Bien que décrié par certains⁷, le traitement moral va ouvrir la voie à l'approche psychothérapique institutionnelle de la maladie mentale qui sera développée fortement plus d'un siècle plus tard.

Son élève Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) va poursuivre son œuvre. Il sera d'ailleurs lui aussi médecin à la Salpêtrière à partir de 1811 avant de devenir médecin-chef de l'asile de Charenton. Outre une œuvre clinique considérable, il va être l'un des grands défenseurs du traitement moral et va souligner le rôle de l'asile dans les soins apportés aux aliénés (« une maison d'aliénés est un instrument de guérison » (Esquirol, 1838). L'histoire a surtout retenu son rôle, au côté de l'un de ses confrères aliénistes, Guillaume Ferrus (1784-1861), dans la rédaction d'une grande « Loi sur les aliénés » qui sera promulguée le 30 juin 1838 par Louis-Philippe. Cette loi, dont

-
4. Le terme de « psychiatrie » est dû à un psychiatre allemand, Johan Christian Reil (1759-1813), souvent surnommé le Pinel allemand, qui crée ce terme dans un ouvrage publié en 1808.
 5. Son usage va perdurer bien au-delà, puisque le plus ancien congrès de psychiatrie français était le « Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française » jusque dans les années 1940 (rebaptisé depuis le « Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française », il a lieu toujours chaque année).
 6. Un des ouvrages principaux de Ph. Pinel porte le titre évocateur de *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1^{ère} édition, Paris, Caille et Ravier, 1800).
 7. Michel Foucault notamment ne voyait dans le traitement moral de Pinel rien d'autre que la continuation sous une autre forme de la contention physique qui avait prévalu jusqu'alors.

la rédaction est d'une concision parfaite, comprend deux titres principaux qui vont poser les bases de la psychiatrie française sur laquelle celle-ci reste encore appuyée aujourd'hui.

Le Titre I^{er} « Des établissements d'aliénés », déclare par son Article premier que « chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés... », ces établissements étant placés sous la direction de l'autorité publique (article 2). Le Titre II traite « Des placements faits dans les établissements d'aliénés » et va placer toute admission dans un asile d'aliénés sous le contrôle de l'État par l'intermédiaire de son représentant dans le département, le préfet. La loi définit ainsi deux modalités d'hospitalisation, les « placements volontaires », réalisés de par la volonté d'une personne de l'entourage du malade, et les « placements ordonnés d'office », décidés par le préfet pour les personnes « dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes ». Cette loi « de 1838 » va avoir une longévité remarquable puisqu'elle ne sera réformée, et encore d'une façon très marginale, qu'en 1990⁸ soit un siècle et demi plus tard. En dépit des évolutions du soin et des réformes de la loi de 1838 intervenues récemment, les principes législatifs introduits alors ont perduré, ce qui atteste bien du rôle fondateur pour la psychiatrie actuelle des travaux des premiers aliénistes.

16

Au début du XIX^e siècle, on voit donc clairement émerger un premier modèle de la psychiatrie qui est un modèle social sur lequel la « médecine des aliénés » se construit. L'aliéné est un citoyen que le traitement moral peut ramener à la raison, et la puissance publique organise et contrôle les soins en créant des établissements spécialisés qui répondent à un double but : sécuritaire en protégeant la société, et hygiéniste par l'organisation d'un environnement censé être un vecteur de la guérison. Le plan type d'un asile d'aliéné, souvent plus vaste et plus densément peuplé que les villages alentours, illustre directement ces objectifs : situé le plus souvent à la campagne, à distance plus ou moins grande de la ville, l'asile est constitué de plusieurs pavillons qui s'organisent autour d'un axe central conduisant à la chapelle, souvent imposante, de l'établissement, axe autour duquel se répartissent les quartiers des hommes et les quartiers des femmes.

8. La loi du 27 juin 1990 qui apportait certaines modifications à la loi de 1838, a elle-même été récemment réformée par la loi du 7 juillet 2011, elle-même révisée par une loi du 27 septembre 2013, qui conserve néanmoins presque exactement les mêmes conceptions des soins hospitaliers que la loi initiale de 1838.

La quête de l'origine des aliénations

En ce début du XIX^e siècle, la psychiatrie naissante procède ainsi d'une conception rationaliste et positiviste de la maladie, et l'approche clinique est privilégiée. L'époque est celle des découvertes d'une médecine qui devient scientifique⁹, et les aliénistes vont s'attacher non seulement à décrire la séméiologie des troubles (le XIX^e siècle voit se multiplier les descriptions de maladies mentales) mais vont également s'efforcer d'en découvrir et comprendre le mécanisme. On recourt sans hésiter aux autopsies des corps des malades à la recherche des stigmates de leur maladie¹⁰. Une découverte va conforter pendant plusieurs décennies cette approche médicale de l'aliénation et engager la jeune psychiatrie dans la quête de l'origine organique des troubles.

Parmi les nouvelles formes d'aliénation décrites, l'une suscitait un intérêt particulier car elle était une cause fréquente d'aliénation, particulièrement représentée dans la population des asiles. Cette affection particulière était dénommée Paralyse générale, « paralysie » parce qu'elle se manifestait par une perte progressive de la motilité (paralysie motrice) et de l'« entendement » (démence progressive), et « générale » parce qu'elle semblait toucher tous les domaines de fonctionnement de l'individu. La particularité de cette Paralyse générale était qu'au cours de son évolution, les malades présentaient souvent de nombreux symptômes d'allure psychiatrique : troubles de l'humeur et du comportement, hallucinations, idées délirantes, ce qui justifiait sa reconnaissance comme une forme d'aliénation particulière. D'évolution fatale, elle semblait également réunir dans un même destin différentes formes d'aliénation, et Esquirol en faisait d'ailleurs la forme terminale de l'évolution des pathologies mentales. En 1822, un jeune aliéniste de 23 ans, Antoine Laurent Jessé Bayle (1799-1858) met en évidence à l'autopsie des malades décédés de Paralyse générale, une *arachnitis* chronique, inflammation des méninges ; il va proposer d'y voir la signature du processus pathologique à l'origine de l'aliénation. Le raisonnement était sans faille : ces patients souffraient d'une Paralyse générale dont ils sont morts, leur cerveau présente des signes d'inflammation chronique, cette *arachnitis* est donc la cause de leur maladie.

-
9. Cf. la démarche de Laennec qui met au point l'auscultation et le stéthoscope (1818, *Discours devant l'Académie de Médecine*).
 10. L'œuvre maîtresse d'Esquirol *Des maladies mentales sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (1838) contient de très nombreuses observations d'autopsie des malades de Charenton.

Rarement une erreur de raisonnement scientifique n'aura eu un impact aussi critique sur l'évolution d'une discipline. Ce que ne savait pas Bayle, c'est que la Paralyse générale est en fait une forme particulière de syphilis tertiaire, une «neuro-syphilis» d'évolution fatale, l'infection du cerveau et de ses enveloppes par la bactérie responsable de l'infection syphilitique provoquant un tableau clinique polymorphe où sont associés des signes moteurs, psychiatriques et cognitifs et aboutissant à la mort. L'inflammation des méninges constatée à l'autopsie n'est de ce fait rien d'autre que le signe d'une méningite. La fréquence de la Paralyse générale à l'époque (la maladie a quasiment disparu de nos jours, hormis dans des pays à très bas niveau sanitaire) tenait au caractère endémique de la syphilis pour laquelle il n'existait alors aucun traitement¹¹. L'évolution particulière de cette maladie vénérienne permet de comprendre l'erreur de Bayle. En effet, cette infection bactérienne évolue en trois stades séparés par plusieurs années durant lesquelles la maladie est silencieuse. La syphilis primaire correspond à la primo-infection vénérienne signalée par le chancre syphilitique. La syphilis secondaire survient dans les semaines qui suivent et peut durer plusieurs mois, voire plusieurs années. Elle est marquée essentiellement par des manifestations cutanées (dont l'infamant «Collier de Vénus» des prostituées) témoignant de la diffusion du germe dans l'organisme. La syphilis tertiaire, quant à elle, va survenir des années plus tard avec des atteintes viscérales dont les atteintes cérébrales de la Paralyse générale. Du fait du temps très long qui séparait l'infection initiale de la survenue de la Paralyse générale, mais aussi de la banalité de l'infection syphilitique, il était bien difficile, à la décharge de Bayle, de faire le lien entre les deux. De fait, il faudra longtemps avant que ce lien ne soit fait. Si en 1857, soit déjà trente-cinq ans après le postulat de Bayle, Esmarch et Jenssen suggéraient que la syphilis puisse être à l'origine de la Paralyse générale, le tréponème pâle, agent causal, ne sera découvert par Schaudinn et Hoffmann qu'en 1905, et il faudra attendre encore presque dix ans avant que la preuve définitive du lien étiologique entre les deux ne soit apportée par la découverte en 1913 par Noguchi et Moore du tréponème dans le cerveau des malades atteints de Paralyse générale. Quatre-vingt-dix ans séparent cette démonstration finale de la découverte de Bayle.

À partir des années 1820-1825, la psychiatrie va donc s'ancrer de plus en plus solidement en référence à ce «modèle» de la Paralyse générale considérant

11. La syphilis sera longtemps traitée empiriquement par les sels de mercure, qui tuaient presque autant que la maladie elle-même; il faudra attendre 1944 et l'utilisation de la pénicilline pour enfin disposer d'un traitement curatif efficace empêchant l'évolution de la maladie vers la forme tertiaire.