

# Grands courants de la pensée psychiatrique

Q48

Pr J. L. Senon, Dr N. Lafay, Dr N. Papet, Dr C. Manzanera

---

## Bibliographie sommaire

- Lantéri-Laura G. : *Psychiatrie et connaissance, Essai sur les fondements de la pathologie mentale*, Paris, Sciences en situation, 1991
  - Postel J. Quétel C. : *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, 1994
  - Foucault M. : *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963
  - Debray Q., Granger B., Azais F. : *Psychopathologie de l'adulte*, Masson, 2000
  - Debray Q., Granger B., Prax F. : *Histoire des thérapeutiques*, in Senon J.L., Sechter D., Richard D. : *Thérapeutique psychiatrique*, Hermann, 1995
  - Haustgen T. : *Une histoire des psychoses*, Editions Norbert Attali, Paris, 1997
  - Pewzner E. : *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*, Armand Colin
- 

## Plan :

1. Histoire des grands courants de la pensée psychiatrique .....	1
1.1. Les prémices de la psychiatrie dans l'Antiquité .....	2
1.2. La psychiatrie au moyen Age.....	2
1.3. La Renaissance, fous, malades et mendiants .....	3
1.4. Naissance de la clinique à la révolution française puis création de l'asile .....	3
1.5. Psychiatrie au XIXème : la description des maladies mentales .....	3
1.6. L'ère thérapeutique.....	4
2. Les grands courants actuels.....	4
2.1. La psychanalyse .....	4
2.2. De la psychiatrie institutionnelle à l'antipsychiatrie .....	5
2.3. Le secteur en France et la psychiatrie sociale .....	7
2.4. Les chimiothérapies et la psychiatrie biologique.....	7
2.5. De la phénoménologie à la psychopathologie .....	8
2.6. Le comportementalisme et le cognitivisme .....	8
2.7. La psychiatrie contemporaine : le modèle bio-psycho-social et l'athéorisme classificatoire .....	9

---

Les grands courants de la pensée psychiatrique alimentent la pratique du psychiatre public ou privé comme celle du médecin généraliste. Ces grands courants contribuent à la représentation de la maladie mentale dans la société, qui prend lentement le chemin d'une moindre stigmatisation des troubles mentaux, avec la mise en place d'un modèle médical ou bio-psycho-social de la psychiatrie moderne. L'histoire de la psychiatrie éclaire les grands courants de pensée actuels dont il est important de noter qu'ils sont cependant assez récents, se développant à la fin du XIXème siècle et foisonnant depuis la deuxième partie du XXème.

## 1. Histoire des grands courants de la pensée psychiatrique

Un regard sur l'histoire est indispensable pour comprendre la richesse des confrontations théoriques qui traversent la psychiatrie contemporaine. De façon schématique, on peut étudier l'Antiquité, le Moyen Age et la Renaissance ; ces trois temps confrontent des représentations de la maladie mentale très présentes dans la clinique actuelle. Le foisonnement qui a suivi la révolution française a été à l'origine

de la naissance de la clinique au XIX<sup>ème</sup> siècle, puis de l'ère thérapeutique, de la psychanalyse aux chimiothérapies du XX<sup>ème</sup> siècle.

### **1.1. Les prémices de la psychiatrie dans l'Antiquité**

L'antiquité a connu plusieurs écoles qui ont laissé bien des traces dans les idées populaires inspirant les modèles anthropologiques contemporains de la maladie mentale. On peut ainsi retrouver, aux sources des courants actuels, les écoles dogmatiques, empiriques ou méthodistes de la maladie.

L'école dogmatique s'est établie à partir des travaux d'Hippocrate et de ses élèves. Elle propose une théorie humorale de la santé : une bonne santé n'est acquise que dans l'équilibre des humeurs (sang, bile noire et jaune, phlegme...) et pour autant que soient en harmonie leurs caractéristiques (température, humidité, consistance...). Pour cette raison, cette école est aussi dénommée école humorale. Toutes les maladies, en particulier psychiques, naissent du déséquilibre entre les humeurs et leurs caractéristiques. Les maladies de l'âme ne sont pas séparées des maladies du corps, toutes les maladies sont explicables par la physiologie et ont comme traitement des méthodes physiques. Dans ce cadre, le médecin soigne en écoutant, expliquant et ordonnant le traitement ou le régime. Les maladies de l'âme sont dans la représentation hippocratique liées au cerveau, dont l'altération se fait par le « phlegme et la bile » ; le cerveau ne crée pas les troubles mentaux mais rend expressifs les troubles humoraux qui les sous-tendent.

S'opposant à l'école dogmatique hippocratique, l'école empirique considère que l'important chez le médecin n'est pas la recherche des causes, mais beaucoup plus l'expérience clinique : expérience personnelle acquise dans la pratique par le médecin, ou expérience transmise par les écrits.

L'école méthodiste a trouvé sa source dans l'opposition entre les tenants des écoles dogmatiques et empiriques. Elle a été inspirée par Asclépiade de Pruse qui a enseigné à Rome dans le 1<sup>er</sup> siècle avant JC. Dans sa représentation, le corps est un assemblage de particules en mouvement que parcourent des conduits dans lesquels circulent des fluides. Dans cette école, il n'y a pas non plus de séparation entre les maladies somatiques et celles de l'âme. Les traitements sont alors la mobilisation et les traitements mécaniques, sans s'intéresser aux causes qui doivent rester dissimulées. Les travaux d'Asclépiade ont été transcrits par Célius Aurélien qui les a transmis aux médecins contemporains.

D'autres écoles peuvent encore être citées : l'école pneumatiste de Ruphus d'Ephèse qui s'appuie dans son traité sur l'étude du pouls, ou surtout l'école éclectique de Galien (né en 130 après JC). Galien développe la théorie des tempéraments qui oppose, le « Sanguin », le « Colérique », le « Flegmatique » ou le « Mélancolique ». Pour lui, les maladies mentales sont essentiellement des maladies de la sensibilité ou de l'intelligence secondaires à l'atteinte du cerveau ou d'un autre organe.

Les travaux de l'antiquité ont décrit l'ébauche des maladies mentales qui, dans leur description, seront transmises à l'occident quelques siècles plus tard : la « frénésie », folie aigue souvent avec fièvre et agitation, la « léthargie », marquée par un état stuporeux, la « manie » faite de délire et d'agitation, et la « mélancolie » avec tristesse et aversion pour les choses chères... Les troubles mentaux sont pour tous les auteurs de l'antiquité des maladies comme les autres et il n'y a pas lieu d'isoler les maladies mentales qui ont les mêmes causes que les maladies somatiques.

### **1.2. La psychiatrie au moyen Age**

Le Moyen Age sera marqué en Occident par la transmission de l'héritage des travaux des auteurs antiques qui seront diffusés et commentés : Celse, Caelius Aurélien, Alexandre de Tralles et Oribase seront parmi les plus cités comme référence. Le Moyen Age est l'époque de la prééminence de la religion et le christianisme impose une représentation différente de la maladie mentale : elle diffère de la maladie du corps parce qu'elle est maladie de l'âme, destinée à Dieu. La folie est donc assimilée à la possession par le diable qu'il s'agit d'extirper, ce que fera l'Inquisition qui a brûlé ceux qui étaient assimilés aux sorciers et sorcières. C'est aussi l'époque des saints guérisseurs et des pèlerinages où les malades mentaux sont très représentés comme celui de Meulebeke peint par Bruegel. Saint

Thomas d'Aquin (1125-1274) représente l'homme sain comme fait d'ordre, de raison et de volonté. La connaissance doit rendre l'homme encore plus intelligent et capable d'amour pour tendre vers Dieu, qui est perfection. La folie est donc privation de raison et Thomas d'Aquin la considère comme perte de liberté et de responsabilité. Il décrit la démence et la fureur qui peuvent être acquises, transitoires ou innées. Il met en évidence avec précision les passions qui peuvent amener l'homme à perdre raison : tristesse, ou amour et délectation.

### **1.3. La Renaissance, fous, malades et mendiants**

Dans la société médiévale, l'attitude négative vis-à-vis du fou est une constante, marginalisation et exclusion en sont les conséquences. Le malade mental, se trouve rejeté tout comme le mendiant et les auteurs de délits et crimes. C'est l'image de la « Nef des fous » du tableau de Jérôme Bosch qui descend l'Escaut en faisant le plein à chaque ville de mendiants, alcooliques et malades mentaux, dont les échevins se débarrassaient moyennant finances...

Pour les médecins de l'époque, les maladies mentales ont toujours le corps comme origine à travers le déséquilibre des humeurs et le « vice du cerveau » ; c'est le cas de la léthargie, de la phrénésie, de la manie ou de la mélancolie.

L'internement des fous et des insensés s'est développé à partir du XV<sup>ème</sup> siècle pour se renforcer au XVI<sup>ème</sup> et XVII<sup>èmes</sup>, siècles « sécuritaires » qui développeront une idéologie de l'enfermement des errants valides et des insensés. La création de l'Hôpital général de Paris par l'édit de 1656 est le symbole de ce que Michel Foucault décrit comme le « grand enfermement ». Les dérives apparaîtront très vite avec la multiplication des lettres de cachet à l'encontre des indésirables.

### **1.4. Naissance de la clinique à la révolution française puis création de l'asile**

Révolutionnaire actif, Pinel, dont on retient le mythe de Bicêtre quand il délivre de leurs chaînes les malades mentaux, est surtout celui qui introduit le « traitement moral » des maladies mentales et qui fonde la clinique dans son « Traité médico-philosophique des maladies mentales » de 1801. Son élève Esquirol détermine les « passions comme causes et symptômes de l'aliénation » en décrivant notamment la lypémanie et la mélancolie. Leurs élèves fonderont la clinique française, longtemps d'avant garde : Georget, Falret, Baillarger, Lasègue, Magnan, Séglas...

L'affirmation de la primauté de la liberté individuelle est une priorité des révolutionnaires, avec en 1790, la mise en liberté de tous ceux qui avaient été enfermés par une lettre de cachet, puis le rapport à la Constituante sur la mendicité ou la circulaire de 1804 qui rappelle que les aliénés ne peuvent être maintenus que par le jugement des tribunaux où à la demande de leurs familles... Séparant criminel, à condamner, et aliéné, à soigner, le Code pénal de 1810 introduit l'article 64 qui détermine l'état de démence au moment des faits. Dans le même temps, la loi de 1838 sur les aliénés fixe les modalités d'hospitalisation des malades mentaux : Service Libre, Service Fermé ou Placement d'Office. Les premiers asiles se construiront à partir de cette époque.

### **1.5. Psychiatrie au XIX<sup>ème</sup> : la description des maladies mentales**

Le XIX<sup>ème</sup> siècle sera l'époque de la création de la clinique psychiatrique contemporaine. Bayle décrit la Paralyse Générale ce qui conforte le courant organiciste en psychiatrie comme le confirmeront Moreau de Tours et Baillarger. La paranoïa sera décrite par Heinroth, puis Séglas, et Sérieux et Capgras. Ballet décrira en 1911 la psychose hallucinatoire chronique. Le concept de dégénérescence développé par Morel et repris par Magnan marquera l'époque. Pour Morel la dégénérescence est une déviation malade de l'espèce et elle peut expliquer nombre de maladies mentales. La clinique de la schizophrénie se mettra en place progressivement depuis Kahlbaum en 1863, Hecker en 1871 puis Krapelin en 1899, et Bleuler en 1911. Les névroses seront individualisées à la suite de l'écossais W. Cullen par Charcot à la Salpêtrière, puis par Janet avant que ne diffusent dans le monde germanique les travaux de Freud et que ne se développe la psychanalyse.

## **1.6. L'ère thérapeutique**

Avec la psychanalyse, née à la fin du XIXème, et les chimiothérapies, qui se développeront dans la seconde partie du XXème siècle, la psychiatrie passe du statut de discipline médicale sans moyens, à celle de spécialité dotée de moyens thérapeutiques modernes.

La psychanalyse sera développée par Freud à la fin du XIXème après la description de l'hystérie par Pierre Briquet en 1880 et les travaux de Jean-Martin Charcot, neurologue à la Salpêtrière. Charcot préconisait l'hypnose comme traitement des grandes crises de paralysie pseudo-comitiales de l'époque. Sigmund Freud trouvera dans les présentations de Charcot les sources de ses premiers travaux sur l'hystérie publiés avec Joseph Breuer. Le concept de psychogenèse d'une manifestation de conversion devait être confirmé par les tous premiers travaux de Freud : pour la première fois un trouble mental et un symptôme organique pouvaient être rattachés à un événement traumatique appartenant à l'histoire des relations précoces du patient. Avec l'importance du refoulement, l'interprétation des rêves et la méthode des associations libres, les principes de la psychanalyse seront vite établis par la fécondité de la production freudienne dès le début du XXème siècle. En 1905 dans les trois essais sur la sexualité, Freud propose une théorie du développement affectif du petit enfant avec les trois stades précédant l'oedipe qui sera décrit en 1910. La deuxième topique proposée en 1923 représentera la personnalité avec trois instances : le moi, le surmoi et le ça.

Les traitements biologiques se mettront progressivement en place une décennie après. Les traitements de choc tout d'abord se développeront en prenant en compte le fait que les épileptiques développent peu de psychoses délirantes ou thymiques : le choc insulinaire provoquant des hypoglycémies répétées utilisé par Sackel dans les schizophrénies en 1933, le choc au Cardiazol® introduit par Von Méduna en 1937, puis le choc électrique mis au point en 1938 par Bini et Cerletti, précurseur de l'électroconvulsivothérapie (ECT) actuelle.

En dehors du chloral utilisé à partir de 1869, et du gardénil synthétisé en 1912, les chimiothérapies actuelles se sont développées depuis les années 1950 : la chlorpromazine (Largactil®), sera découverte par Henri Laborit et utilisée dans les psychoses comme neuroleptique par Jean Delay et Pierre Deniker en 1952 ; la même année, N. Kline et J. Delay seront à l'origine des premiers IMAO dérivés du Rimifon®, et R. Kuhn affirmera en 1957 l'activité antidépressive de l'imipramine (Tofranil®), ce sera l'origine des antidépresseurs tricycliques. Les premiers tranquillisants se développeront très vite dans les années 1960 avec les carbamates et surtout les benzodiazépines. Quelques années plus tard l'activité thymorégulatrice du lithium sera confirmée par M. Schou et il sera rendu utilisable quand la fiabilité de la lithémie sera possible. En 1960, le psychiatre disposait donc des neuroleptiques, des antidépresseurs, des tranquillisants et hypnotiques et d'un thymorégulateur.

## **2. Les grands courants actuels**

### **2.1. La psychanalyse**

La psychanalyse s'est développée à la fin du XIXe siècle dans la continuité des travaux de Freud, véritable inventeur de cette nouvelle approche de la pathologie psychiatrique.

Né en 1856, Freud a d'abord fait des études de médecine puis de biologie du système nerveux central avant de se retrouver stagiaire dans le service de Charcot à la Salpêtrière. Sa découverte de l'hystérie et de l'hypnose sera un carrefour dans sa trajectoire de chercheur et de clinicien. La rencontre de Freud avec Joseph Breuer sera tout aussi déterminante. Breuer prenait à l'époque en charge Anna O. pour « absence psychique » ; il la traitait par hypnose. Les « *Etudes sur l'hystérie* » publiées en 1895 seront une étape déterminante dans l'oeuvre de Freud qui est très vite validera l'importance de l'inconscient. Il abandonne alors l'hypnose pour les associations libres et met en évidence l'importance de la symbolisation dans la prise en compte du symptôme et de son sens. Dans les lettres à Fliess, en 1896, il jette les bases de la première topique en proposant une représentation de l'appareil psychique

comportant trois instances : l'inconscient, le pré-conscient, et le conscient. L'interprétation des rêves, travail publié en 1900, sera établie comme la voie royale d'accès à l'inconscient avec la mise en évidence de l'importance du refoulement et du symptôme comme défense, quand il est conçu comme un compromis entre le désir venu de l'inconscient et la manifestation de ce désir par la conversion hystérique ou par l'obsession. Dans « *Cinq psychanalyses* » publiées avec les « *Trois essais sur la théorie sexuelle* » en 1905, Freud démontre l'importance de la sexualité infantile et met à jour l'oedipe et les trois stades pré oedipiens : le stade oral, le stade anal et le stade de phallique. L'étude de la phobie du « petit Hans », la névrose infantile de « l'homme aux loups », la cure psychanalytique de Dora, seront autant de cas cliniques qui valideront les théories psychanalytiques freudiennes. Freud met en évidence l'importance de l'analyse du transfert qu'il décrit comme transfert positif, avec des sentiments éprouvés envers l'analyste marqués par une chaleur particulière, ou transfert négatif marqué par la méfiance, l'agressivité et la haine. Le contre-transfert sera décrit en 1910 comme effet de l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin.

Après l'hystérie, les phobies et la névrose d'angoisse, Freud s'intéressera à la névrose obsessionnelle avec l'étude de « l'homme aux Rats » dans « *Cinq psychanalyses* » et il approchera la paranoïa dans l'étude du cas Schreber.

Fondateur reconnu de la psychanalyse, Freud s'est très vite entouré de disciples et collaborateurs. Ce surtout d'abord les soirées du mercredi de la Société psychanalytique de Vienne où se retrouvaient autour de Freud Otto Rank, Alfred Adler, Helen Deutsch, Otto Fenichel, ou Theodor Reik. La création de l'association psychanalytique internationale fera place à des psychanalystes tels que Jung, Abraham, ou Ferenczi. La jeune psychanalyse se développera alors autour de Freud avec des auteurs aussi différents que Pfister, qui rapproche psychanalyse et pédagogie, Tausk qui se centre sur l'étude des psychoses, ou Groddeck qui dans « *Le livre du ça* » ouvre la psychanalyse aux maladies psychosomatiques.

Les post-freudiens et les écoles étrangères développeront la diversité de la psychanalyse avec le courant freudo-marxiste développé par Reich, la psychanalyse américaine, la psychanalyse en Angleterre ou en France et les écoles actuelles.

Psychiatre et psychanalyste, Reich développe l'analyse caractérielle en 1933. Il prône la révolution sexuelle et dénonce l'autoritarisme de la famille. Marcuse, avance l'idée que la société est à l'origine de l'aliénation, autant d'éléments qu'il reprend dans « *Eros et civilisation* » en 1963. La psychanalyse américaine s'est développée autour de Putman et de Ernst Jones. Elle est aussi représentée par Alexander et l'école de Chicago, ou Hartman. Margaret Mahler, comme Bettelheim se consacra surtout à la psychanalyse chez l'enfant.

La psychanalyse a été aussi très vivante en Angleterre avec des auteurs comme Mélanie Klein ou Anna Freud mais aussi Michael Balint, John Bowlby, Bion ou Winnicott. Ce dernier étudiant l'objet et l'espace transitionnels, propose une théorisation très accessible des interactions précoces.

En France, la psychanalyse se développera plus tard à distance de la deuxième guerre mondiale : les pionniers seront à l'origine de la création de la Société psychanalytique de Paris autour de Marie Bonaparte, Hesnard ou René Laforgue. Plus tard, Nacht, Lagache et Juliette Favez-Boutonnier les rejoindront ainsi que Lacan qui introduit le signifiant et les trois catégories structurales que son l'Imaginaire, le Symbolique et le Réel. Il insiste sur l'importance de clivage et de la forclusion et travaille sur les objectifs de la cure et la formation de l'analyste. Le courant lacanien se développera avec les écrits de Serge Leclair, Octave et Maud Mannoni, Françoise Dolto ou Pierre Legendre. Béla Grundberger et Jeanine Chasseguet-Smirgel, Didier Anzieux, Jean Laplanche ou André Green ont été l'origine d'une école psychanalytique française vivante et reconnue.

## **2.2. De la psychiatrie institutionnelle à l'antipsychiatrie**

La critique de la psychiatrie asilaire, qui a été le modèle de l'assistance psychiatrique de la première moitié du XXème siècle, s'est surtout développée pendant la dernière guerre mondiale quand nombre

d'hôpitaux au fonctionnement asilaire se sont retrouvés sans ressources et ne pouvant permettre aux malades de survivre que par la mise en place d'une microéconomie dans laquelle les patients les plus régressifs se sont retrouvés actifs et dotés de capacités à s'autonomiser qui ont surpris tous les soignants. C'est ainsi qu'à l'hôpital de Saint Alban, en Lozère, F. Tosquelles démontrera que la plupart de ses patients étaient mobilisables pour autant que l'on casse les murs de l'asile. Il en sera de même de G. Daumezon à Orléans, ou de P. Sivadon à Ville-Evrard, ou encore plus tard de G. Oury à la clinique de La Borde. Ils jetteront les bases de la psychiatrie institutionnelle qu'H. Chaigneau théoriserà dans un rapport au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Comme l'écrivait S. Follin, l'asile comme institution de soins ne pouvait être une fin en soi, « il peut devenir une néo-société close et aliénante en dépit de son apparente humanisation et à l'extrême peut aboutir à une structure carcérale s'organisant en système récompense-punition ». La psychiatrie institutionnelle, psychiatrie de lutte contre l'oppression du monde asilaire est née de ces critiques et peut être rapprochée en France de la naissance de la psychiatrie de secteur, mais aussi, en Angleterre et en Italie, de celle de l'antipsychiatrie.

Dénonçant la violence de la psychiatrie, présentée comme outil de répression sociale, l'antipsychiatrie est née en Angleterre dans les années 1960. D. Cooper, qui a créé le terme, connaissait bien la psychiatrie française, tout autant le monde asilaire que la psychiatrie institutionnelle de l'après guerre. Il propose de créer des « communautés thérapeutiques » ayant pour but de responsabiliser les malades dans leur prise en charge : il s'agit pour lui de leur rendre le pouvoir : il n'y a plus pour lui de soignants et de soignés, et tous, sans distinction, participent à la communauté thérapeutique. En lien avec Cooper, R. Laing et A. Esterson, fondent en 1965, la Philadelphia Association et créent trois lieux d'accueil thérapeutiques (households) avec notamment l'expérience de Kingsley Hall à Londres, qui fonctionnera de 1965 à 1970. Pour eux, la maladie mentale naît de l'oppression sociale et familiale et, pour guérir, il faut radicalement changer de modèle social et familial. La maladie mentale peut être guérie en la laissant évoluer à son point extrême, c'est la métanoïa, considérée comme conversion ou transformation, au delà du délire paranoïde schizophrénique. Pour Laing, il faut assister et laisser évoluer le processus schizophrénique jusqu'à son terme, au lieu de l'arrêter par la prise en charge et le traitement. L'expérience de Mary Barnes, « *Un voyage à travers la folie* » qui fera l'objet d'un livre et d'un film, sera pour eux le témoin de la validité de leur approche théorique, ce qui ne se confirmera pas par l'évolution de leurs autres patients, amenant la fin de l'expérience de Kingsley Hall en 1970. En Italie, F. Basaglia part de ces recherches pour promouvoir l'antipsychiatrie italienne avec l'expérience de Trieste. Pour lui, la maladie mentale naît bien de l'oppression familiale et sociale mais aussi politique. Pour Basaglia, la révolution politique, en même temps que la dissolution de l'asile, sont les seules réponses à la maladie mentale. L'influence politique de Basaglia en Italie a été très forte puisqu'elle a été à l'origine de la loi fermant les asiles. Depuis, les malades mentaux italiens sont dans la rue ou dans les gares, et sont soignés pour leurs épisodes aigus dans les hôpitaux généraux. Thomas Szasz aux Etats-Unis sera à l'origine du courant antipsychiatrique américain.

Il faut rapprocher du courant antipsychiatrique celui qui est né aux Etats-Unis des travaux de G. Bateson qui développera son approche sur la théorie des systèmes au Veterans Administration Hospital de Palo Alto en Californie à partir de 1956. Les travaux de Bateson seront souvent cités par Cooper et Laing pour légitimer l'antipsychiatrie mais ils dépassent par leur productivité de loin l'antipsychiatrie. Pour Bateson, la maladie naît d'une « double contrainte » (« double bind ») reliant le malade et ses proches (et notamment pour le schizophrène, sa mère) : le schizophrène est contraint à la maladie par sa mère, qui est elle aussi contrainte de reproduire son comportement par la seule présence de son fils malade. Pour Bateson, la double contrainte est une expérience répétée « où une injonction négative primaire associée à une menace de punition se trouve contredite à un niveau le plus abstrait par une injonction secondaire renforcée par la punition ». Avec son élève Watzlavick, Bateson propose des thérapies paradoxales visant en quelque sorte à prescrire le symptôme. Leurs travaux seront notamment à l'origine des thérapies systémiques.

### **2.3. Le secteur en France et la psychiatrie sociale**

Le secteur psychiatrique français, qui reste le modèle de l'intervention psychiatrique publique dans notre pays, est né dans la continuité de la psychiatrie institutionnelle de l'après guerre. Il s'agissait bien pour la psychiatrie publique française de déplacer l'intervention des équipes spécialisées, de l'hôpital psychiatrique critiqué comme asile, vers des lieux de soin les plus proches du domicile du patient afin d'éviter toute chronicisation et toute désocialisation asilaire. Dans la suite de l'élaboration des pionniers que seront autour de Mamelet, Daumézon, Le Guillant, Duchêne, Paumelle, Follin..., l'idée novatrice est de rattacher à chaque service hospitalier une aire de recrutement et d'intervention d'environ 70.000 habitants à laquelle seront proposées des consultations rapprochées dans des CMP (Centres Médico Psychologiques), véritables plaques tournantes de l'action de soin en psychiatrie publique, mais aussi des interventions infirmières au domicile du patient (les VAD, visites à domicile). Dans les suites de la circulaire ministérielle de 1960 créant les secteurs de psychiatrie adulte et les intersecteurs de psychiatrie de l'enfant, tous les départements seront progressivement découpés en plusieurs secteurs et intersecteurs. Chaque secteur sera confié à une équipe médicale et paramédicale prenant en charge toutes les pathologies psychiatriques de sa zone géographique et devra mettre en place des structures diversifiées de prise en charge : hôpital à temps complet, hôpital de jour ou de nuit, CMP, CATT (centres d'accueil thérapeutique à temps partiel), sans parler des possibilités d'intervenir sur les lieux de vie du patient à son domicile ou à proximité de son lieu de travail. Dans une perspective d'accès égalitaire aux soins, le secteur devait avoir cet avantage de donner des soins d'égale qualité quelque soit le lieu de vie du patient dans notre pays, de Paris à Mende, de Lyon à Guéret... La loi du 25 juillet 1985 devait créer trois types de secteurs : les secteurs de psychiatrie générale, s'adressant aux adultes, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire s'adressant à la population carcérale. Chaque secteur adulte accueille les patients dans les trois modalités d'hospitalisation de la loi de 1990 : hospitalisation libre (HL), hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), hospitalisation d'office (HO). Si l'hospitalisation libre permet au patient le libre choix de son médecin et de son service hospitalier, les patients en HDT et en HO sont « sectorisés » c'est-à-dire confiés au secteur de leur domicile. La pénurie actuelle en temps médicaux de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques, très inégalitaire sur le territoire, remet en cause cette orientation « sociale » de la psychiatrie française.

La conséquence de la sectorisation en France sera la diminution recherchée du nombre de lits en hospitalisation à temps complet : on est passé de 170.000 de psychiatrie en 1970 à 70.000 en 1995 et la durée moyenne de séjour des patients est passée de plus de 250 jours en 1970 à moins de 40 jours en 1995. Plus de 60% des malades suivis par la psychiatrie publique ne sont jamais hospitalisés. Les recommandations visent à rechercher toutes les alternatives à l'hospitalisation et développer les prises en charges en consultations ambulatoires ce que pratique déjà la psychiatrie privée, très axée sur les psychothérapies d'inspiration analytiques mais aussi dotée de cliniques privées inégalement réparties sur le territoire.

### **2.4. Les chimiothérapies et la psychiatrie biologique**

L'ère thérapeutique en psychiatrie qui a transformé la pratique du psychiatre à partir des années 1950 est à l'origine du développement de la psychiatrie biologique. Le développement de la recherche en neuropsychopharmacologie a aussi beaucoup servi le courant de psychiatrie biologique qui a surtout été très actif dans notre pays entre 1970 et 1990.

La découverte des neuromédiateurs et leurs altérations dans les maladies mentales a marqué le développement des théories biologiques en psychiatrie. Noradrénaline, sérotonine et dopamine seront les premiers neuromédiateurs à susciter l'intérêt des chercheurs.

Pour ce qui concerne la dépression et les troubles de l'humeur, ce sont surtout les voies noradrénergiques et sérotoninergiques qui seront étudiées. Tout est parti de la constatation de l'activité noradrénergique et sérotoninergique de l'imipramine (Tofranil®), le premier antidépresseur. Dans les années 1970, la dépression était assimilée à une déplétion noradrénergique (pour les dépressions

ralenties) ou une déplétion sérotoninergique (pour les dépressions marquées par une tristesse majeure). Dans un deuxième temps, c'est le modèle sérotoninergique de la dépression se développera alors avec la mise sur le marché de six antidépresseurs sérotoninergiques qui, sans être plus actifs que les tricycliques, ont l'avantage de générer de moindres effets secondaires. Depuis 5 ans, les antidépresseurs nouveaux sont très « impurs » actifs sur de multiples neuromédiateurs et également fixés sur les récepteurs noradrénergiques et sérotoninergiques : on parle d'antidépresseurs à action duale.

Les voies dopaminergiques seront mises en cause dans les psychoses schizophréniques rapportées à une déplétion dopaminergique cortico-sous-corticale dans un modèle né de la prise en compte de l'activité de la chlorpromazine (Largactil®) ou de l'halopéridol (Haldol®), les premiers neuroleptiques. La recherche d'antipsychotiques ayant de moindres effets secondaires neurologiques et moins camisolants, amènera la sortie de molécules actives conjointement sur le dopamine et la sérotonine avec des actions différentielles croisées cortico-sous-corticales et une plus grande activité sur les symptômes négatifs de la schizophrénie.

Les voies de recherche en psychopharmacologie se multiplient avec la mise en évidence de multiples neuromédiateurs et neuromodulateurs tels que les récepteurs aux opiacés, au GABA, au glutamate... et la prise en compte de l'évolution du neurone dans ses rapports avec les influences de l'environnement. Les théories neuro-développementales sont riches de promesses notamment dans le domaine de la schizophrénie.

## **2.5. De la phénoménologie à la psychopathologie**

La phénoménologie s'est développée dans la première partie du XXème siècle dans la suite des travaux des philosophes Husserl et Heidegger. La phénoménologie descriptive a été développée par Jaspers dans son traité de psychopathologie générale publié en 1913. Jaspers développe une phénoménologie psychopathologique qui vise à donner du sens au vécu que le patient peut avoir de sa maladie. Une démarche différente a été développée par Binswanger qui a créé la Daseinanalyse, attitude thérapeutique qui vise à « comprendre l'homme en situation ». Binswanger consacra une part importante de ses travaux à l'étude phénoménologique de la mélancolie. Dans le droit fil d'Husserl et de Heidegger, il ne se centre sur l'étude du temps dans la mélancolie. C'est dans cette direction que travaillera Tellenbach qui proposera une analyse très approfondie de la mélancolie. Pour lui, la mélancolie n'est pas uniquement assimilable à un trouble de l'humeur, Elle est aussi une faille dans l'organisation psychologique du sujet et concerne le dépassement de soi, la réalisation sociale et la morale personnelle. En France, Minkowski proposera une étude de très approfondie de la phénoménologie de la schizophrénie. Tatossian développera Marseille la clinique phénoménologique avec un recentrage sur la phénoménologie des psychoses, travail que reprend Jean Naudin.

## **2.6. Le comportementalisme et le cognitivisme**

L'approche comportementale en psychiatrie s'est développée dans les suites des travaux de Pavlov dans les années 1930, surtout dans les pays anglosaxons. La réflexologie et le conditionnement ont leur importance en psychiatrie tant au niveau clinique que thérapeutique. Sur le plan clinique, le comportementalisme permet de rendre compte d'une part par importante de la pathologie mentale comme pouvant s'inscrire comme un comportement adaptatif au stress environnemental. Sur le plan thérapeutique, dans la suite des travaux de Watson, de Skinner ou de Wolpe, elle permet de développer des thérapies dites « comportementales » à l'origine psychothérapies n'appartenant pas au registre de la psychanalyse telles que les méthodes de désensibilisation. Plus tard, Bandura introduit la notion de « renforcements intérieurs » avec l'étude des croyances, des attentes et des pensées.

L'approche cognitive est en plein développement. Développée dans le sillage de la psychologie comportementale, mais aussi de la psychologie sociale et de la phénoménologie, elle a été décuplée dans son essor par l'informatique. Elle s'appuie sur l'affirmation que les processus de pensée



conscients ou inconscients peuvent faire l'objet d'une investigation scientifique et d'une démarche expérimentale. Pour le cognitivisme, les informations, les représentations qu'elles engendrent, et les systèmes logiques qui en découlent, peuvent être modélisés et le psychisme alors considéré comme un système fonctionnel qu'il est possible en thérapie de travailler en s'appuyant notamment sur les croyances, les logiques intérieures comme les événements. Pour Kelly, l'homme se développe en classant les informations provenant du monde extérieur et modèle ainsi son rapport aux autres. Ellis propose en 1975 une « thérapie rationnelle émotive », Beck travaille sur les schémas cognitifs responsables de croyances dysfonctionnelles en appliquant notamment ses travaux à la dépression.

## ***2.7. La psychiatrie contemporaine : le modèle bio-psycho-social de la théorie l'athéorisme classificatoire***

La psychiatrie contemporaine a été marquée par le développement d'un modèle bio psychosocial de la psychiatrie, par la diffusion de l'athéorisme classificatoire venu des États-Unis dans la continuité du DSM, et par l'évolution vers une psychiatrie pragmatique confrontant les approches théoriques dans un souci d'efficacité et d'économie.

Le modèle bio psychosocial de la psychiatrie est maintenant bien établi et nul ne remet en cause le fait que la maladie mentale se retrouve toujours à la conjonction d'une fragilité biologique, d'une faille dans l'aménagement défensif et de l'influence de l'environnement social. La maladie mentale est bien une souffrance actuelle ou faisant référence à un traumatisme passé, souffrance ravivée par les interactions avec l'environnement. Cette souffrance a une conséquence comportementale, émotionnelle comme cognitive et elle modifie les rapports du sujet à son entourage et à ses proches. Elle s'alimente de la vulnérabilité biologique du sujet dont elle modifie l'équilibre réceptoral central.

Venu des États-Unis, le modèle athéorique vise à décrire des symptômes et à les regrouper dans le cadre d'une classification validée. Il a comme témoin la diffusion du DSM IV (manuel statistique et diagnostique des maladies mentales, quatrième version) et de la CIM 10, classification européenne de l'OMS. Ce modèle s'appuie sur l'idée que toute maladie mentale doit pouvoir être décrite en dehors même du modèle psychopathologique qui peut permettre de l'expliquer. C'est ainsi qu'il que DSM. IV et CIM 10 font bien peu de place aux pathologies névrotiques en oubliant l'hystérie, traitant de façon ponctuelle l'hypocondrie et oubliant le concept de névrose. La diffusion de ce modèle va bien en sens de soins soumis aux économies santé avec la nécessité de comparer les thérapeutiques et les conduites à tenir. On va bien là dans le sens du PMSI où chaque conduite à tenir thérapeutique doit être évaluée sur le plan économique parallèlement à son efficacité. La psychiatrie travaillant entrès grande partie grâce aux psychothérapies, on mesure l'importance de l'enjeu quand on sait que celles-ci sont pour une grande part non validées ou en cours de validation.