

Académie des sciences morales et politiques

Lundi 7 avril 2014, 15h

Sur la recherche en psychiatrie

Anne Fagot-Largeault

Collège de France & Académie des sciences

Monsieur le Président, Monsieur le Chancelier, Monsieur le Secrétaire perpétuel, Mes chers Confrères, Mesdames, Messieurs,

Lorsque vous m'avez demandé, Monsieur le Président, de venir parler de l'éthique de la recherche en psychiatrie, ma réaction fut de me dire : pour qu'il y ait éthique, encore faut-il qu'il y ait recherche. J'ai préféré parler de la recherche, et pour justifier mon choix, je vous propose de lire en exergue à la présentation d'aujourd'hui une petite phrase qui figure en quatrième de couverture d'un ouvrage d'histoire de la psychiatrie :

« jamais science – mais la psychiatrie en est-elle une? – ne s'est autant cherchée... »¹.

Introduction.

Georges Canguilhem disait que sans l'appel des malades, il n'y aurait pas de médecins. L'Organisation mondiale de la santé (OMS-WHO²) publie régulièrement des rapports sur la santé dans le monde. Son rapport de 2001 portait sur la santé mentale. Selon ce rapport, une personne sur quatre souffrira d'un trouble mental à un moment de son existence. Les grandes pathologies citées par l'OMS sont : la dépression, première cause d'incapacité toutes pathologies confondues (arrêts de travail, suicides) ; la dépendance à l'alcool (ou, bien moins fréquente, à d'autres drogues) ; l'autisme infantile, qui affecte deux enfants sur mille (six ou sept, si l'on inclut l'ensemble du spectre autistique) ; l'anorexie mentale ; la schizophrénie, qui touche environ 1% de toutes les populations humaines, indépendamment du milieu culturel ; le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), qui n'est pas rare chez les intellectuels ; enfin, l'OMS percevait en 2001 la montée en fréquence, qui depuis s'est confirmée, de la démence d'Alzheimer. Le message de l'OMS est qu'on sait maintenant mieux aider ces malades, et sinon toujours les guérir, du moins rendre leur trouble compatible avec une vie 'normale'. Il faut les aider ! Mais trop souvent, l'accès aux soins faisant défaut, ces personnes ne sont pas aidées : « *Nombre d'entre elles souffrent en silence et beaucoup souffrent seules* »³. Elles sont l'objet de stigmatisation, d'exclusion (on sait trop peu que près de 10% des schizophrènes finissent par se suicider). Consciente que la 'couverture santé universelle' suppose un système de santé solide, et un personnel de santé bien formé, et dévoué, l'OMS dans son *World Health Report 2013* propose que l'optimisation de l'accès aux soins devienne l'un des principaux objectifs de la recherche. La recherche ! Nombre de psychiatres disent qu'ils n'ont pas le temps de faire de la recherche. Et dans quel but : généraliser ? Écouter les malades prend beaucoup de temps, et tous les malades sont différents (les médecins aussi). Une enquête conduite récemment par une sociologue auprès de soignants en psychiatrie mettait en évidence le particularisme assumé de la relation de soin en psychiatrie : « *la personne que l'on a en face de soi c'est lui, c'est dans notre rapport singulier avec lui que vont se structurer à la fois la prise en charge, la relation, l'aide qu'on peut lui apporter, les soins qu'on peut lui apporter* » (parole de psy⁴).

Si la psychiatrie est toujours en train de s'émietter en cas singuliers, l'Association mondiale de psychiatrie (qui tiendra son prochain congrès à Madrid, en septembre 2014) lutte contre l'émiettement en faisant du diagnostic « centré sur la personne » le coeur de la discipline. Cette re-centration, selon elle, s'impose dès qu'on regarde la psychiatrie à la lumière de son histoire : « *In order to prevent future psychiatry from dissolving in a number of methodically defined subunits, and to further strengthen person-centered diagnostic approaches, we strongly need the historical perspective* »⁵. Nombre d'auteurs se sont essayés à 'périodiser' l'évolution de la psychiatrie⁶. Je serai brève ici sur la pré-histoire de la psychiatrie scientifique.

¹ Postel & Quéétel, 1983.

² OMS-WHO, *World Health Report 2001*.

³ OMS-WHO, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, Message du Directeur Général.

⁴ Guibet Lafaye Caroline, 'Psychiatrie et particularisme éthique', en voie de publication (communication personnelle).

⁵ Hoff Paul, in: Salloum & Mezzich, 2009, p. 12

⁶ voir : Goldstein, 1987, 1997 ; Lanteri-Laura, 1991, 2003 ; Pélicier, 1994 ; Pichot, 1996 ; Postel, 2007 ; Quéétel, 2012.

Les maladies mentales sont connues des hommes depuis très longtemps. On trouve une description des symptômes de la schizophrénie (sans le mot) dans des textes datant de 2500 ans avant J-C⁷. (Le mot 'schizophrénie' est d'Eugen Bleuler, 1911). La mélancolie est présente dès le corpus hippocratique. On lit encore aujourd'hui *L'anatomie de la mélancolie*, que Robert **Burton** écrivit au début du 17^e siècle.

L'idée qu'il faut créer des **hospices** pour accueillir les fous (plus tard appelés 'insensés', 'lunatiques' en anglais, et au 19^e siècle 'aliénés') se concrétise dès le début du 15^e siècle en Espagne, et c'est un héritage des Arabes, qui dès le 8^e siècle avaient prévu une assistance aux fous dans les hôpitaux (à Bagdad, Damas...). En Europe ce sont les ordres religieux qui prennent l'initiative d'aménager des lieux pour héberger les insensés : à Londres en 1547 (Bedlam), à Amsterdam en 1569 ; à Paris l'hôpital de la Charité est créé en 1602 par les religieux de St Jean de Dieu, qui vont ouvrir aussi un peu plus tard l'hospice de Charenton ; et St Vincent de Paul (1632) aménage pour les fous la léproserie de Saint-Lazare. Puis les États jugent qu'il est de leur responsabilité de faire quelque chose pour les 'errants'. Il faut mentionner ici l'édit par lequel Louis XIV en 1656 crée « l'hôpital général pour le renfermement des pauvres mendiants de la ville et faubourgs de Paris ». Cette mesure se généralisera vingt ans plus tard : il s'agit alors de créer dans toutes les villes du royaume un « hôpital général » où les errants seront enfermés. Michel **Foucault** a donné à l'édit de 1656 un éclat particulier, en y voyant le symbole du « grand renfermement » par lequel, à l'âge classique, la raison a « réduit au silence » la déraison⁸. L'historien Claude **Quétel**⁹ critique sévèrement la thèse de Foucault, jugée moins fidèle à la réalité historique qu'à la « vague anti-psychiatrique des années 1960-70 ».

La psychiatrie à visée scientifique n'existe qu'à partir du 19^e siècle. Si le mot 'psychiatrie' est créé en Allemagne au début du 19^e siècle, il n'entre vraiment en usage qu'au 20^e siècle. Au cours du 19^e siècle, les 'médecins des aliénés' sont des 'aliénistes'. L'idée que l'aliénation appelle un **traitement moral** vient d'Angleterre, elle est reprise en France par Philippe **Pinel**, qui n'a pas lui-même libéré les fous de leurs chaînes¹⁰, mais qui a développé une méthode permettant de noter des observations sur la folie, et de les classer. Le traitement 'moral' peut être compris comme une socialisation, un apprentissage du 'vivre ensemble'. Les idées de Pinel, relayées par Jean-Etienne **Esquirol**, et par une collaboration entre architectes et aliénistes, contribueront à la recherche du meilleur milieu hospitalier, l'hôpital psychiatrique devenant une petite ville bien rangée, avec les hommes d'un côté, les femmes de l'autre, ici les tranquilles, là les violents, etc. - en bref : le modèle asilaire de la psychiatrie. Pratiquement pas de remèdes, mais un grand usage de l'eau (douches, bains). Deux dates sont à retenir pour la France : d'une part, la « loi des aliénés » de 1838 (qui distingue le placement volontaire du placement d'office) va définir pour plus de 150 ans les modalités de l'hospitalisation des malades ; d'autre part, en 1843 naît la première revue psychiatrique : les *Annales médico-psychologiques*, qui a récemment commémoré ses 170 ans avec une journée sur le *lithium*. J'y reviendrai en conclusion.

En 1885 Sigmund Freud¹¹ vient à Paris assister aux présentations de Jean-Martin Charcot (hypnose). C'est la fin de notre survol de la pré-histoire.

1. Sur la voie de la science : première moitié du 20^e siècle - la neuro-psychiatrie comme science naturelle (*Naturwissenschaft*).

À la charnière entre les 19^e et 20^e siècles, tout est en place pour qu'une science des maladies mentales se développe. Des aliénistes de grande classe sont en poste dans toute l'Europe : Sergei Korsakov à Moscou¹², Gilbert Ballet à Paris¹³,

⁷ voir : **Llorca** Pierre-Michel, 'La schizophrénie', 2004, *Encyclopédie Orphanet*, en ligne sur le site de la Fondation **FondaMental**, édité par Marion Leboyer & Paolo-Lucio Morselli.

⁸ **Foucault**, 1961, chap. 2.

⁹ **Quétel**, 2012, 3^e partie chapitres 1, 2 et 3 ; 4^e partie, chapitre 3. Selon Quétel, les fous (ceux qui ont le 'cerveau brouillé') n'étaient en réalité pas visés par l'édit de 1656, qui s'inscrivait dans une politique publique de répression de la mendicité. Si parfois des insensés indigents furent admis (gratuitement) dans les hôpitaux généraux, c'est dans les « maisons de force » (le plus souvent, tenues par des religieux), et sur la demande de leur famille assortie de l'engagement à payer une pension, que les insensés non indigents (et devenus un poids trop lourd pour leurs proches) purent être placés. L'engagement de l'Etat était d'exercer une surveillance sur ces placements : ce fut en Angleterre le rôle de la 'lunacy commission', et en France la 'lettre de cachet' qu'il fallait obtenir de l'administration en expliquant pourquoi le placement était nécessaire. La révolution française libéra toutes les personnes enfermées sur lettre de cachet.

¹⁰ C'est son infirmier-chef Jean-Baptiste **Pussin**, un homme robuste qui en imposait aux malades, qui montra qu'on peut gouverner les fous avec douceur, et laisser tomber les chaînes.

¹¹ **Freud** Sigmund (1856-1939), 19 Berggasse, Wien, rédige en 1895 une *Entwurf einer Psychologie*, qui sera traduite en français sous le titre *Esquisse d'une psychologie scientifique ('naturwissenschaftliche')*. Il y est question de neurones, de système nerveux, de stimuli. Voir : Freud, *Lettres à Wilhelm Fliess 1887-1904*, p. 595-697.

¹² **Korsakov** Sergei (1854-1900), chef de la Clinique universitaire de neuro-psychiatrie de **Moscou**, lance à l'université un laboratoire de psychologie expérimentale, et fonde en 1890 la Société des neuropathologistes et psychiatres de Moscou.

Emil Kraepelin à Munich¹⁴, Henry Maudsley à Londres¹⁵, Eugen Bleuler à Zurich¹⁶. Des alliances stratégiques se nouent entre neurologues, psychologues, psychiatres. Théodule Ribot et Pierre Janet, qui enseignent successivement au Collège de France la psychologie expérimentale, vont écouter les médecins qui font des présentations de malades mentaux. Charcot confie à Janet le laboratoire de psychologie de la Salpêtrière. Même les étudiants en médecine sont invités à coopérer à la recherche : « *On demandait à l'étudiant des premières décennies du XIXe siècle de réciter sa leçon, tandis que l'étudiant de la fin du XIXe siècle et du XXe siècle se doit de faire progresser la science* »¹⁷. Et Freud de conclure : « *Le concept d'après lequel l'élément psychique est en soi inconscient a permis de faire de la psychologie une branche, semblable à toutes les autres, des sciences naturelles* »¹⁸.

Dès ce début du 20^e siècle, il existe bien une **tension** à l'intérieur du grand courant de recherche censé accoucher d'une science de l'esprit et de ses maladies. Certains ont du trouble mental un modèle 'objectiviste' : ils cherchent les lésions organiques sous-jacentes aux symptômes ; ainsi Aloïs Alzheimer, collègue de Kraepelin à Munich, découvre (*post mortem*) des lésions cérébrales chez une patiente atteinte précocement d'une démence sénile. Cette attitude est confortée par l'exemple de la paralysie générale, classée maladie mentale, puis reconnue en 1913 comme un avatar de la syphilis, quand un chercheur japonais identifie le tréponème pâle dans le cerveau des malades décédés. D'autres chercheurs ont du dysfonctionnement mental un modèle 'dynamique' ou fonctionnel : attirés initialement par les expériences d'hypnose, ils cherchent, sous le niveau conscient, des processus psychiques inconscients (pulsions, résistances, transfert). Mais, comme le montre d'emblée son *Esquisse d'une psychologie scientifique*, Freud croit à la nature physiologique des processus psychiques inconscients. Ainsi Freud et Kraepelin s'accordent sur un **monisme naturaliste**, même si l'état de la recherche ne leur permet pas toujours de trouver dans le cerveau ce qui correspond aux signes psychiatriques sur lesquels on diagnostique le trouble mental. Freud écrit en 1920 : « *Les défauts de notre description disparaîtraient vraisemblablement si, à la place des termes psychologiques, nous pouvions déjà mettre les termes physiologiques ou chimiques ... En revanche, rendons-nous bien compte que l'incertitude de notre spéculation a été accrue à un haut degré par la nécessité de faire des emprunts à la science biologique. La biologie est en vérité un royaume aux possibilités illimitées; nous avons à attendre d'elle les éclaircissements les plus surprenants et nous ne pouvons pas deviner quelles réponses elle donnerait dans quelques décennies aux questions que nous lui posons. Peut-être justement des réponses susceptibles de renverser d'un souffle tout notre édifice artificiel d'hypothèses* »¹⁹.

Pour les malades, cette première moitié du 20^e siècle apporte peu de changements. Les hôpitaux psychiatriques en sont toujours aux thérapies par la douche, le bain, et la camisole de force. Il y a bien quelques essais de traitements de choc : malariathérapie (1917, Julius Wagner von Jauregg), coma insulinaire (1934, Manfred Sakel), électrochoc (1938, Ugo Cerletti & Lucio Bini). On peut y ajouter, hélas, les essais mutilants de chirurgie du cerveau (en 1936 Egas Moniz publie son travail sur la lobotomie frontale). De ces traitements qui évoquent le coup de pied dans le moteur en panne, seul l'électrochoc survivra discrètement à l'entrée en scène des produits psychotropes.

2. Milieu du 20^e siècle : Scission entre psychiatrie organiciste (qui reste du côté des *Naturwissenschaften*) et psychiatrie dynamique ; glissement de la seconde vers les sciences de l'esprit (*Geisteswissenschaften*).

2.1. L'événement inattendu

Notre espèce connaît (et pratique) depuis longtemps des substances qui font sortir de l'état psychique habituel ou 'normal' : champignons hallucinogènes, alcool, opium, haschich, cocaïne... On en synthétise encore au 20^e siècle (LSD, 1938). Par contre, on ne connaissait aucune substance susceptible de guérir les malades mentaux de leurs tourments,

¹³ Ballet Gilbert (1853-1916), chef du service de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu à Paris (salle Cusco), participe à la création de la *Société de neurologie*, de la *Société de psychiatrie*, et du journal *L'Encéphale*, avec l'objectif de « rompre l'isolement où s'est laissée momentanément enfermer la pathologie mentale ».

¹⁴ Kraepelin Emil (1856-1926) fonde la nosologie psychiatrique, avec sa distinction entre la 'démence précoce' et la 'psychose maniaco-dépressive' ; la *Königliche Psychiatrische Klinik* de Munich devient sous sa direction *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie* ; c'est aujourd'hui le *Max-Planck-Institut für Psychiatrie*.

¹⁵ Maudsley Henry (1835-1918) construit au sud de Londres un Institut de psychiatrie et un hôpital, sur le modèle de la clinique de Kraepelin; cet ensemble, le plus grand '*mental health trust*' de Grande Bretagne, est aujourd'hui rattaché à King's College London.

¹⁶ Bleuler Eugen (1857-1939) sépare, dans les 'démences' de Kraepelin, les états de détérioration (vraies démences) et les états de dissociation pour lesquels il introduit le nom de 'schizophrénie' ('esprit fragmenté') ; l'autisme est selon lui un signe secondaire (de retrait) présent chez certains schizophrènes ; directeur de l'asile de la Rheinau, il devient ensuite chef de la Clinique universitaire du Burghölzli à Zurich.

¹⁷ Terrisse Arnaud, 'Une histoire des thèses de psychiatrie en France du début du XVIIIe siècle à la veille de la seconde guerre mondiale', in: Postel & Quélet, 1983, p. 540-541.

¹⁸ Freud, 'Abriss der Psychoanalyse', 1938; tr. fr. in : OC, t. XX.

¹⁹ Freud, 'Jenseits des Lustprinzips', 1920; tr. fr. in: OC, t. XV, p. 334.

en les ramenant à la normalité. Et voici qu'au milieu du 20^e siècle, en l'espace de dix ans, entre 1949 et 1959, apparaissent tous les grands médicaments psychiatriques : lithium, neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques²⁰.

Ces produits tombent dans l'escarcelle de psychiatres qui ne les cherchaient pas, et qui n'ont de la biochimie que des connaissances rudimentaires. Schématiquement, ce sont des molécules qui viennent de l'industrie, ont été essayées par des anesthésistes, lesquels, frappés par leurs effets psychiques, en ont averti leurs confrères en charge de personnes ayant des difficultés psychologiques. L'effet des **sels de lithium**²¹ sur les accès maniaques de la psychose maniaco-dépressive sont signalés en 1949. La chlorpromazine (Largactyl*) est synthétisée en 1950, Henri Laborit²² rapporte ses effets 'stabilisants' en 1952 ; la même année Jean Delay et Pierre Deniker²³ rapportent avoir essayé avec succès ce premier '**neuroleptique**' sur des malades psychotiques. Un remède à la mélancolie se profile déjà en 1952 : c'est un inhibiteur de la monoamine oxydase²⁴ (IMAO). Le mot 'tranquillisant' est apparu au début des années 1950 (à propos de la réserpine), on lui préfère rapidement le terme '**anxiolytique**'. Un anxiolytique s'annonce en 1954 (le méprobamate²⁵, de son nom commercial : Equanil*) ; il est bientôt supplanté par la gamme des benzodiazépines (BZD), dont la première, étudiée et développée en 1959 par le groupe de Sternbach, aux laboratoires Roche : le chlordiazépoxyde (Librium*), connaîtra un immense succès. Quant aux **anti-dépresseurs**, ils vont être largement prescrits dès l'apparition en 1957 de l'imipramine²⁶ (Tofranil*).

Au cours de ces années 1950, il n'existe encore en France, et généralement en Europe, aucune législation relative à des essais 'scientifiques' sur l'homme²⁷. Nous sommes juste après la seconde guerre mondiale. Depuis qu'à Nuremberg en 1947 des médecins allemands ont été condamnés pour avoir conduit des expériences dangereuses sur des sujets humains en camps de concentration, la déclaration de Nuremberg est l'un des seuls textes de référence. Elle dit (Art. 1) que « le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel ». Un schizophrène qui délire peut-il sérieusement consentir à un essai ? Les produits mentionnés plus haut sont essayés au titre de « traitements », tandis que très lentement la profession admet qu'il s'agit de « recherche » et élabore ses règles de bonne conduite²⁸.

Il est merveilleux pour un médecin de pouvoir, avec quelques comprimés judicieusement prescrits, calmer une crise d'angoisse, désamorcer une pulsion suicidaire, ou éteindre une euphorie mégalomane. L'ambiance des hôpitaux psychiatriques fut transformée par les médicaments. Les médecins généralistes firent bon accueil aux ressources pharmaceutiques. Mais, tandis que les psychiatres de tendance objectiviste, ou organiciste, ou neurobiologique, espéraient que le médicament puisse **guérir** la maladie en corrigeant le trouble biologique sous-jacent, les psychiatres attachés au modèle psycho-dynamique eurent tendance à penser que le médicament a un effet symptomatique, qui ne fait que **masquer** la maladie sous-jacente, laquelle ne cèdera que si l'on se donne la peine de plonger dans les replis obscurs de l'inconscient. Ce fut la **scission**.

2.2. La psychiatrie biologique

Quelques jeunes psychiatres, comme Édouard **Zarifian**, élève de Delay et Deniker, se lancent dès les années 1960 sur la voie de la psychopharmacologie²⁹. Il faut apprendre le cerveau, la biochimie (et bientôt la génétique³⁰), avec l'ambition de servir au mieux le bien-être des malades, quand on parviendra à doser finement les prescriptions médicamenteuses, de façon à corriger les troubles perturbateurs en induisant le moins possible d'effets secondaires parasites. De ce côté, indéniablement, on cherche à soigner. On constate que - bien utilisé - le médicament soigne, même s'il ne guérit pas. On reconnaît, au bout d'un temps, que le médicament n'est pas suffisant. Les malades ont aussi besoin de parler, et ils veulent qu'on leur parle. Zarifian, après s'être utilement engagé dans la recherche sur les

²⁰ voir : **Ginestet et al.**, 1979 ; et **Goodman & Gilman's**, 1980, section III, 'Drugs acting on the central nervous system'.

²¹ **Cade J.F.J.**, 'Lithium salts in the treatment of psychotic excitement', *Med J Aust*, 1949, 2: 349-352.

²² **Laborit Henri**, Huguenard P., Alluaume R., 'Un nouveau stabilisateur végétatif, le 4560 RP', *Presse médicale*, 1952, 60: 206-208.

²³ **Delay J. & Deniker P.**, 'Trente-huit cas de psychoses traitées par la cure prolongée et continue de 4560 RP', *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Paris: Masson, 1952.

²⁴ **Zeller et al.**, 'Action of isonicotinic acid hydrazide and related compounds on enzymes of brain and other tissues', *J Lab Clin Med*, 1952, 40: 965-966 <IMAO>.

²⁵ **Berger F.M.**, 'The pharmacological properties of 2-methyl-2n-propyl-1,3 propanediol dicarbamate (Miltown*), a new interneuronal blocking agent', *J Pharmacol Exp Ther*, 1954, 112 : 413-423 <meprobamate>.

²⁶ **Kuhn R.**, 'Du traitement des états dépressifs par un dérivé de l'iminodibenzyle (G22355)', *Journ Suisse Méd*, 1957, 89: 35-36, 1135-1140 <imipramine>.

²⁷ La première loi française est celle de 1988, dite loi **Huriet** : *Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales*.

²⁸ Collegium Internationale Neuro-psychopharmacologicum, 'Guidelines for clinical trials of psychotropic drugs', in : *Pharmacopsychiatrie*, 1977.

²⁹ voir : **Missa**, 2006.

³⁰ voir : **Leboyer & Bellivier**, 2003.

thérapeutiques médicamenteuses, désavoue le « réductionnisme neurobiologique »³¹, et réhabilite l'accompagnement du malade par une psychothérapie. Mais le bon sens veut qu'on ne propose un suivi en psychothérapie à un psychotique qu'après l'avoir stabilisé par la prise au long cours d'un traitement médicamenteux.

La **recherche psychopharmacologique** s'est orientée vers les neuro-transmetteurs. Dans cette perspective, le siège de la maladie est la synapse. Ce qu'il faut rétablir, avec l'administration des nouvelles molécules, c'est une communication harmonieuse entre les neurones. Mais après le magnifique bouquet d'outils chimiques qui s'est offert dans les années 1950, cette recherche a piétiné autour de variantes des molécules initiales. Rien de vraiment neuf ne s'est présenté. La **recherche clinique**, visant à valider et comparer diverses stratégies d'administration des médicaments (efficacité, sécurité), a habitué la profession aux 'bonnes pratiques' des essais sur l'homme, et aidé à choisir des prescriptions moins toxiques, à défaut d'être plus efficaces. La percée d'autres méthodes d'intervention, comme la stimulation cérébrale profonde, essayée aujourd'hui pour le traitement de formes sévères de TOC, suggère que la recherche pharmaceutique est dans une impasse, même si en pratique les médicaments psychotropes restent partout la pierre angulaire du traitement des troubles mentaux.

2.3. Le courant anthropologique, ou 'humaniste'.

Ce courant dérive de la psychanalyse freudienne. Il a explosé en une multiplicité de styles psychothérapeutiques. Du côté de la psychanalyse *stricto sensu*, on ne prétend plus vouloir soigner (de moins en moins, depuis Jacques **Lacan**). La 'cure' analytique est comprise, non pas comme un soin, mais comme une « expérience existentielle ». Les psychothérapies courantes, par contre, affichent une ambition thérapeutique, même s'il est difficile d'apporter la preuve (scientifique) que les patients, au terme de la cure, vont mieux qu'ils n'iraient s'ils n'avaient pas bénéficié d'une psychothérapie. Le psychiatre-psychothérapeute croit que la maladie mentale est essentiellement psychique (« une psychose endogène ne sera jamais une somatose », affirme Tellenbach³²), et qu'elle peut être corrigée ou amendée au moyen de l'échange verbal entre le malade et son thérapeute.

La **recherche** psychiatrique consiste ici en une multitude d'**études de cas** (*case reports*), analysés ou interprétés au prisme des courants philosophiques qui ont traversé le 20^e siècle : phénoménologie, existentialisme, herméneutique... Karl **Jaspers** écrivait en 1913 : « *La phénoménologie [première étape de la démarche scientifique] a pour objet l'étude des états d'âme tels que les malades les éprouvent ; elle veut nous les représenter sous une forme concrète et considérer leurs rapports de parenté. Elle essaye de les délimiter ... de les distinguer ... de les nommer* »³³. Jaspers est souvent revendiqué comme l'ancêtre de la psychiatrie philosophique, bien qu'il ait précisé que l'approche phénoménologique n'est qu'une première étape, et que depuis les années 1920 il se soit éloigné de la psychiatrie. Encore très lu aujourd'hui, le psychiatre suisse Ludwig **Binswanger** a connu Bleuler et Freud, puis il a pris ses distances vis-à-vis de l'école freudienne en créant sa propre approche, nommée *Daseinsanalyse* ('analyse existentielle'), qu'il présente au premier Congrès international de psychiatrie (Paris, 1950). Inspirée de **Husserl** et **Heidegger**, elle vise à faire apparaître la *signification* d'un état psychique. Ainsi dans *Le cas Suzanne Urban*³⁴, le vécu de la personne schizophrène « submergée par la terreur » est analysé comme un état dont l'*eidōs* permet d'appréhender « *l'essence pure du terrifiant en tant que possibilité existentielle* ». Le psychiatre allemand Hubertus **Tellenbach** campe le « *typus melancholicus* », disposition endogène qui va précipiter l'accès mélancolique, à partir des observations de 119 sujets mélancoliques sortis de leur accès. En France, autour d'Henri **Ey**, des « mercredis de Ste Anne », des colloques de Bonneval, et de la revue *l'Évolution psychiatrique*, il existe depuis les années 1930 un milieu favorable aux échanges entre psychiatres, psychanalystes et philosophes³⁵. Il y a d'évidentes parentés entre la *psychiatrie phénoménologique* d'Eugène **Minkowski** et la *psychologie phénoménologique* de Maurice **Merleau-Ponty**, ou entre *l'herméneutique* d'Arthur **Tatossian** et celle de Paul **Ricoeur**. Il faut signaler aussi le rayonnement mondial de la *psychothérapie existentielle* du psychiatre américain Irvin D. **Yalom**³⁶.

2.4. Quant au psychiatre ordinaire, celui qui s'occupe quotidiennement de malades mentaux à l'hôpital, ou en prison³⁷, ou en consultation privée - celui qui ne fait pas de recherche, quelle est sa pratique ? Sa pratique est le plus souvent syncrétique. D'une main il prescrit des médicaments, et par ailleurs il fait un peu de psychothérapie quand la situation s'y prête.

³¹ **Zarifian**, 1988, Chap 5, p 163.

³² **Tellenbach**, *La mélancolie*, fin du chap II, tr fr p. 93.

³³ **Jaspers**, 1913 ; in: tr. fr., repr., 2000, p. 59 [la traduction française par Kastler & Mendousse a été relue par Sartre et Nizan, alors élèves à l'École Normale Supérieure].

³⁴ **Binswanger**, *Le cas Suzanne Urban*, tr.fr. p. 96.

³⁵ voir : Congrès de Tours, 1959, Rapport du Dr Hesnard, 'L'apport de la phénoménologie à la psychiatrie'...

³⁶ Outre son grand ouvrage théorique, tardivement traduit en français (voir la liste des références), Yalom a mis en scène plusieurs philosophes dans d'intéressants livres de fiction, par exemple (disponibles aussi en traduction française) : *The Spinoza Problem*, *The Schopenhauer Cure*, *When Nietzsche Wept* ...

³⁷ Avec le déclin du modèle asilaire des soins, on trouvera dans la rue, ou en prison, un nombre croissant de personnes dont l'état requiert une aide psychiatrique.

3. Années 1965-1990 : la dérive

3.1. La fin du modèle asilaire

Avant la loi de 1838, en France, les asiles destinés à accueillir des aliénés ont commencé à se développer, mais la population asilaire est peu nombreuse. Selon Quétel, autour de 1830, « 10 000 aliénés environ sont internés dans quelque 140 établissements disparates », et il reste « 6000 aliénés indigents que les communes, les hospices et les familles attendent de pouvoir placer dans un asile »³⁸. Les relevés statistiques³⁹ montrent qu'ensuite le nombre de malades hospitalisés dans les établissements psychiatriques augmente régulièrement : ils sont 37 000 en 1870, 65 000 en 1900, 77 000 à la veille de la première guerre mondiale, 108 000 à la veille de la seconde guerre mondiale. Chaque fois la guerre a vidé en partie les hôpitaux, mais la remontée se fait dès l'après-guerre, jusqu'à ce qu'on ait en 1968 près de 120 000 malades dans les hôpitaux psychiatriques français. La même tendance est observable dans toute l'Europe ; elle est favorisée en France par l'introduction en 1945 avec la sécurité sociale de la gratuité des soins psychiatriques : dès lors, les familles sont tentées de faire aussi admettre en psychiatrie leurs personnes âgées en perte d'autonomie, plutôt que de les confier à une maison de retraite où il faudra payer une pension.

Mais le modèle asilaire de la psychiatrie coûte cher à la collectivité, et pour quel bienfait ? Depuis l'arrivée des médicaments, on s'est mis à douter de l'intérêt thérapeutique de l'asile. Les médicaments soignent ; vivre dans un hôpital, cela soigne-t-il ? Le malade sous médicament pourra vivre hors de l'hôpital, à condition qu'il puisse (facilement, gratuitement) accéder à un médecin psychiatre s'il en a besoin, dans l'aire de son domicile. Entre 1958 et 1972, grâce à l'action de Lucien **Bonnafé** (le « médecin désaliéniste »), s'installe en France la « psychiatrie de secteur », en même temps qu'une cure d'amaigrissement frappe les hôpitaux psychiatriques (83 000 lits en 1987, 40 000 lits en 2000). D'autres pays iront plus loin, comme l'Italie : sous l'influence de Franco **Basaglia**, elle a renoncé aux hôpitaux psychiatriques, qui n'existent plus depuis 1999.

Ce changement de modèle est d'une portée considérable. En même temps que le malade psychiatrique passe de l'état d'aliéné (logé, nourri, traité comme un enfant), à l'état de personne sous médicament dont on respecte l'autonomie, le médecin psychiatre est amené à repenser son métier.

3.2. Les Journées de 1965 (« 68 avant 68 ») et le premier *Livre blanc de la psychiatrie française*

La spécialisation du médecin en France se décide, en gros, par le concours de l'internat. Voici que les internes en psychiatrie, se jugeant moins bien traités que les autres, se révoltent. Lors des *Journées* de 1965, qui donneront lieu au premier *Livre blanc de la psychiatrie*, ils exigent de ne plus être obligés d'apprendre la neurologie : ils seront exaucés. La psychiatrie devient une discipline autonome - triomphe suicidaire ! Inutile de regarder le cerveau. La formation des psychiatres, entend-on, c'est la psychanalyse. Passez sur le divan, vous saurez vous occuper des malades. Il n'y a pas, du reste, de malades à proprement parler. La maladie mentale est une construction sociale. Ceux qu'on qualifie de malades sont seulement 'différents'. Nous sommes tous différents les uns des autres. La 'science' psychiatrique n'existe pas. Il n'y a que des parcours individuels. Ou bien, la science psychiatrique est la science universelle, comme le suggère la (mince) section du *Livre blanc* qui évoque la recherche : « *L'activité du psychiatre, comme son champ de recherches et de réflexions, se situe aux confins des sciences biologiques et des sciences humaines... Le champ de la psychiatrie s'étend des catécholamines à la sociologie et à la métaphysique, et de la 'pompe à sodium' à l'herméneutique et à l'eschatologie* »⁴⁰.

Les psychiatres chevronnés, ceux qui autour de Charles Brisset et du journal *Psychiatrie française* essaient dans leur pratique de « tenir les deux bouts » (âme et corps, cerveau et psychisme, biologie et psychologie, médicaments et psychothérapie), ou ceux qui autour d'Henri Ey et du groupe de l'*Évolution psychiatrique* ont toujours voulu maintenir le dialogue entre tendances divergentes, sont débordés. Henri Ey préside les Journées de 1965, en même temps qu'il prépare la publication des Actes du 6^e colloque de Bonneval⁴¹. Ce savant, très cultivé, a une position de fond, sur ce que pourrait être une voie de recherche heuristiquement féconde : pour cerner le fait psychiatrique, il faut poser le primat de la fonction sur l'organe (étudier la hiérarchie des fonctions qui rend compte de leur détérioration), et admettre l'inextricable dualité du physique et du psychique. Mais sa philosophie « organodynamique » est balayée par le chaos ambiant.

L'anti-psychiatrie était dans l'air du temps. On lisait Ronald **Laing** et Thomas **Szasz**⁴². Les psychiatres français, à cette époque, eurent la tentation de rompre avec les Facultés de médecine, et d'aller s'installer avec les « humanistes »

³⁸ Quétel, 2012, 5^e partie, chap 1, p. 285.

³⁹ voir : Meslé & Vallin, 1981.

⁴⁰ Blanc Cl., 'Problématique de la recherche en psychiatrie', in: *Livre blanc...*, 1965, I, 6, p. 262.

⁴¹ voir : Ey, dir., *L'inconscient - VIe colloque de Bonneval 1960*, publié en 1966.

⁴² Szasz Thomas, 'The myth of mental illness', *American Psychologist*, Feb 1960, 15 (2) : 113-118.

dans les Facultés de lettres et sciences humaines. Maxime **Seligmann** disait qu'ils furent rattrapés « de justesse » grâce à la réforme de l'internat de 1982. Cette dérive n'était pas seulement française ou européenne. Eric **Kandel**, futur prix Nobel, qui fit ses études de médecine à New York à partir de l'automne 1952 avec pour objectif de se spécialiser en psychiatrie, témoigne qu'à cette époque, la formation du psychiatre était pour l'essentiel la cure analytique. Il cite un collègue : « *In the past forty years, largely under the impact of psychoanalysis, dynamic psychotherapy has become the principal and essential curative skill of the American psychiatrist and, increasingly, a focus of his training* »⁴³. Puis en Amérique du nord la doctrine freudienne a été contestée, les psychothérapies dissidentes ont foisonné, les psychologues ont concurrencé les psychiatres, la psychiatrie s'est 'atomisée'. Dans le résumé qu'il a donné de son cours sur *Le pouvoir psychiatrique (1973-74)*⁴⁴, Michel Foucault présente la psychanalyse comme l'une des formes de la *dépsychiatisation*, d'où sort l'antipsychiatrie, qui en transférant au malade « le pouvoir de produire sa folie et la vérité de sa folie », démedicalise le trouble mental, et fait apparaître que « ce qui est en jeu ... n'est pas du tout la valeur de vérité de la psychiatrie en termes de connaissance », mais une lutte pour libérer les fous de ce qui les asservit.

Le bilan de ces années de révolte est sans appel. S'il existe des sciences médicales, la psychiatrie n'en est pas une. Le Docteur Claudine Escoffier-Lambiotte, qui tenait de 1956 à 1988 la rubrique médicale du journal *Le Monde*, écrit dans le numéro du 16 janvier 1971 : « *le néant scientifique sur lequel repose à l'heure actuelle la psychiatrie l'offre à toutes les déviations, à toutes les erreurs, à tous les empirismes, et la conduit tout droit, si elle n'y prend garde, à une 'sociatrie' qui lui ferait assumer peu à peu toutes les déviances non des individus, mais de la société elle-même.* »

Et pourtant, paradoxalement...

... ce que Quétel nomme « l'atomisation de la psychiatrie »⁴⁵ n'a pas nui à la discipline, qui connaît autour de 1968 une formidable explosion démographique (les médecins spécialisés en psychiatrie passant en France de 1300 à 12500 en une dizaine d'années !). Les statistiques mondiales de l'OCDE sont données en nombre de psychiatres pour 100 000 habitants (les psychanalystes ou psychothérapeutes non médecins ne sont pas inclus dans le décompte). Les nombres sont partout en augmentation. En 2009 l'OCDE donne pour les pays développés entre 10 et 20 psychiatres pour 100 000 habitants (23 en France, 42 en Suisse), et pour les pays émergents moins de 10.

4. Depuis 1990, les prodromes d'une reconstruction

4.1. La précision du diagnostic

On s'était aperçu au cours des années 1960 qu'un même malade pouvait être jugé schizophrène par des psychiatres américains, tandis que les psychiatres européens lui trouvaient un trouble thymique. On se rendit compte que les critères diagnostiques n'étaient pas les mêmes des deux côtés de l'Atlantique. Aucune recherche sérieuse ne pouvait se faire sans critères diagnostiques clairs et consensuels. Un long et minutieux travail se fit alors autour de la classification des troubles mentaux, avec l'objectif de définir chaque maladie par la présence de signes objectifs, en écartant autant que possible les jugements spéculatifs liés à des théories d'arrière-plan. Une partie de la théorisation freudienne (entre autres) fut ainsi mise de côté. Une explosion de fureur s'ensuivit, du côté des psychiatres qui avaient choisi la voie psychanalytique. Mais de révision en révision, ce travail eut le mérite de faire peu à peu converger le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (de l'Association américaine de psychiatrie⁴⁶ : 4^e version, 1994) et le chapitre 5 dédié aux troubles mentaux de la *Classification internationale des maladies* (de l'Organisation Mondiale de la Santé⁴⁷ : dixième révision, ou CIM-10, 1992). Le DSM-5 est sorti en 2013, il traverse comme les versions précédentes un vague de contestation. L'OMS est en train de préparer la CIM-11, tandis que les psychiatres du monde entier s'habituent à relever leurs diagnostics en utilisant les codes de la CIM-10, une routine ennuyeuse mais utile, à l'époque de l'informatisation des dossiers médicaux, qui apporte à la recherche de nouveaux outils.

Quant à la recherche clinique, elle pâtit de ce que la vague anti-psychiatrie est porteuse de méfiance à l'égard de tout ce qui émane du 'pouvoir' médical : la recherche n'est-elle pas dangereuse, voire nocive, pour les malades ? Mais il se

⁴³ **Kahana** Ralph J., 'Psychotherapy: models of the essential skill', 1968; cit. in: **Kandel**, 1998, p. 458.

⁴⁴ *Annuaire du Collège de France*, année 1973-74, p. 293-300.

⁴⁵ **Quétel**, 2012, 6^e partie, chap 5 (c'est le titre du chapitre).

⁴⁶ **American Psychiatric Association**, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-1 : 1952, DSM-II : 1968, DSM-III : 1980, DSM-III-R (revised) : 1987, **DSM-IV : 1994**, DSM-IV-TR (text revision) : 2000, DSM-5 : 2013. Le DSM-IV (ainsi que sa version révisée) a été traduit en français sous la direction de Julien D. Guelfi, et publié chez Masson, 1996, 1008 pages (DSM-IV-TR, Elsevier-Masson, 2002, 1120 pages).

⁴⁷ **World Health Organization (WHO)** / Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**), **ICD-10 / CIM-10, Classification internationale des maladies**, dixième révision, Chap 5 (F) : 'Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic', Genève: OMS, 1992.

trouve dès les années 1980 quelques franc-tireurs pour répondre : la non-recherche, pour les malades, est pire. Ainsi André Bourguignon, qui dans son service de Créteil organise en 1979 et 1980 une série de « séminaires de psychiatrie clinique », écrit : « *Les dangers que les assertions non prouvées font courir aux malades sont plus grands que les interférences produites par la recherche* »⁴⁸. De fait, les institutions qui financent la recherche commencent à s'inquiéter de ce que les traitements prescrits en psychiatrie ne sont pas correctement évalués.

4.2. L'effort des institutions de recherche

Huit rapports sur l'état de la recherche en psychiatrie vont être produits en France entre 1991 et 1997, à l'initiative de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), de la DGS (Direction générale de la santé), des hôpitaux universitaires, etc⁴⁹. Ces rapports font tous le même constat d'impuissance : quand on s'enquiert de leur recherche, les psychiatres français ne comprennent pas de quoi on parle. Voici à titre d'exemple le verdict du Rapport Massé (1992) : « *La bonne volonté est générale et n'a d'égale que l'incompétence dans ce que doit être une recherche clinique rigoureuse. Les psychiatres français ont souvent d'excellentes idées, une bonne culture générale, sont capables d'émettre des hypothèses très intéressantes, mais n'ont pas conscience que la recherche clinique nécessite une méthodologie, un protocole, de la rigueur, une exploitation statistique des résultats.* »

Ces psychiatres cultivés, qui lisent et discutent, ont une vie associative dispersée en une multitude de petites sociétés savantes. En 1991 l'INSERM prend l'initiative de réunir, sous la direction de Jacques Glowinski (professeur au Collège de France) les représentants de 21 sociétés françaises de psychiatrie. La promesse de l'INSERM est que, si ces sociétés arrivent à se fédérer, on financera leurs projets de recherche. La commission Glowinski parvient en janvier 1992 à créer (au forceps) une **Fédération Française de Psychiatrie** (FFP), qui réunit une cinquantaine de sociétés savantes. La FFP, grâce au dévouement de Monique et Jean-Michel Thurin, va se doter d'un petit journal : *Pour la recherche*, et d'un site internet (<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/>). Elle lance des **États généraux de la psychiatrie** (Montpellier, 5-7 juin 2002), d'où sortira un nouveau *Livre blanc de la psychiatrie*⁵⁰. Le journal *Le Monde* titre, en juin 2002 : « *12500 psychiatres, 4 millions de patients* ». Depuis 2008 la FFP anime un 'Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques', dont l'objectif est de « *comprendre dans quelles conditions et comment une psychothérapie marche* », et qui témoigne d'un effort intéressant pour amener les études de cas à un niveau d'exigence dans la qualité qui permette d'accéder à des généralisations, et d'enrichir la connaissance. Ces efforts répondent implicitement aux appels lancés par Eric Kandel.

4.3. Les appels aux psychiatres d'Eric Kandel

Kandel partage en 2000 le prix Nobel de physiologie-médecine avec Arvid Carlsson et Paul Greengard. Médecin psychiatre, il est récompensé pour « *avoir décrit les bases moléculaires de la mémoire* » (mémoire à court terme / à long terme). Il a travaillé sur un mollusque (l'aplysie). Professeur à l'université Columbia (New York), il résume son parcours à la fin de l'ouvrage autobiographique qu'il a publié à la suite du Nobel : « *I entered Harvard to become a historian and left to become a psychoanalyst, only to abandon both of those careers to follow my intuition that the road to a real understanding of mind must pass through the cellular pathways of the brain* »⁵¹. De fait, il raconte que passionné d'histoire dans sa jeunesse, il a posé sa candidature à l'université Harvard, où il a obtenu un 'baccalauréat' en lettres et histoire moderne. Puis, fasciné par la psychanalyse, il est entré à l'université de New York où il a fait ses études de médecine jusqu'à la spécialisation en psychiatrie (voie royale, à l'époque, vers la psychanalyse). Mais comme un professeur d'anatomie avait amusé ses étudiants en leur faisant façonner dans l'argile un modèle de cerveau, il note qu'avec ce cerveau d'argile sous les doigts, il devenait difficile de ne pas se demander où étaient localisés le moi, le ça et le surmoi de Freud⁵² ! Conscient que Freud lui-même pensait que les événements psychiques avaient une traduction physiologique, il a cherché des cours de neurophysiologie, n'en a pas trouvé, a décidé de chercher lui-même.

⁴⁸ Bourguignon, *Initiation à la recherche clinique...*, 1982. Voir aussi le collectif publié en hommage au Pr. Pierre Pichot : *Épistémologie...*, 1988.

⁴⁹ Kordon C. et al. (dix experts), *Projet de rapport sur la recherche psychiatrique à l'INSERM*, 1991. Massé G. & Zarifian E., *L'état de la recherche psychiatrique en France*, 1992. Kovess V., *Rapport de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) : Groupe de réflexion psychiatrie, rapport final*, 1992. Conférence nationale des présidents et vice-présidents des **Commissions Médicales d'Établissement**, *La recherche et le service public de psychiatrie*, 1994. Fédération Française de Psychiatrie (J.-M. Thurin), *La recherche clinique en psychiatrie*, 1994. Direction générale de la santé (DGS), *Commission d'incitation à la recherche clinique en psychiatrie* (C. Parayre), *La recherche psychiatrique en France*, 1994. Thurin Jean-Michel, *Tableau de la recherche clinique psychiatrique en France*, 1995. Joly Pierre, *Prévention et soin des maladies mentales, bilan et perspectives* : 2e partie, chap 4, *Etat de la recherche en santé mentale*, 1997.

⁵⁰ Fédération Française de Psychiatrie (FFP), *Le livre blanc...*, 2003 [le chapitre 6 porte sur la recherche psychiatrique en France].

⁵¹ Kandel, 2006, p. 429.

⁵² *ibid*, p. 45.

Arrivant en fin de carrière, il lance une première adresse aux psychiatres en 1997, à l'occasion des célébrations pour le 100^e anniversaire de l'Institut psychiatrique de Columbia. Il réitère son appel lorsque, couronné par le Nobel, il est reçu et ovationné par l'*American Psychiatric Association*, le 7 mai 2001. Deux articles paraissent en 1998 et 1999 dans l'*American Journal of Psychiatry*. Une traduction française en est donnée dans l'*Evolution psychiatrique* en 2002, avec une introduction de J.M. Thurin⁵³. Le message est simple : l'avenir de la psychiatrie, c'est la réunion de la recherche psychanalytique et de la recherche sur le cerveau. Au lieu de se faire la guerre, les psychiatres de toutes obédiences doivent se mettre à travailler ensemble. On ne peut plus être un psychiatre de culture seulement psychologique, ni un psychiatre seulement neurologue. Les 'psy' ont amassé un trésor d'observations cliniques avec leurs études de cas, les 'neuro' disposent à présent de techniques puissantes qui permettent d'ausculter le cerveau jusqu'au niveau moléculaire. Il faut mettre les deux en correspondance. « *Il est curieux et stimulant de penser que, dans la mesure où la psychanalyse produit avec succès des changements persistants dans les attitudes, les habitudes et les comportements conscients et inconscients, elle le fait en produisant des modifications dans l'expression génétique, qui produisent des changements structuraux dans le cerveau. Nous sommes confrontés à l'intéressante possibilité que l'amélioration des techniques d'imagerie cérébrale puisse être utile non seulement pour le diagnostic de différentes maladies névrotiques, mais aussi pour suivre visuellement le progrès de la psychothérapie* »⁵⁴.

La présentation de Kandel est habile, au prix d'une audacieuse anticipation sur les performances technologiques. En laissant entendre qu'on pourra bientôt contrôler par l'imagerie cérébrale les effets des psychothérapies, il fait sortir les psychanalystes et psychothérapeutes de leur splendide isolement, et les fait rentrer dans le cadre de la médecine, où les traitements doivent faire leurs *preuves* avant d'être généralisés. Il invite réciproquement les psychiatres 'objectivistes', adeptes du 'tout-cérébral', à restituer aux états du cerveau leur dimension subjective, et à admettre qu'une parole dite à quelqu'un peut blesser ou guérir matériellement son cerveau. Le cadre est programmatique : relier psychanalyse et neuro-biologie moléculaire ! faire de la psychiatrie une seule science socio-psycho-biologique...

Quelles réalisations ?

La recherche récente, théorique ou empirique, confirme l'existence de « tentatives de réconciliation », et de travail en commun, entre psychiatres du divan et psychiatres chimiothérapeutes⁵⁵.

Chez des enfants difficiles, qualifiés de *psychopathes*, un lien a été établi entre trouble de l'audition - objectivable, partiellement remédiable au moyen d'une prothèse, et trouble mental - qu'on est enclin à traiter par psychothérapie, mais que la prothèse auditive peut améliorer, ce qui ne signifie pas que la psychothérapie est sans effet⁵⁶. Cela incite à ne pas avoir peur de franchir la distance entre les points de vue 'organique' et 'psychodynamique'. Après tout, la solidarité entre états physiologiques et états psychiques est d'expérience commune : nous ne nous étonnons pas de ce qu'un verre de vin met de bonne humeur, une observation malveillante coupe l'appétit, un mot gentil reconforte et l'appétit revient...

Daniel **Widlöcher** s'interrogeait sur les *états dépressifs*⁵⁷ : faut-il prescrire au déprimé du Prozac*, ou l'envoyer en psychothérapie ? On a cru, un temps, qu'il y avait deux sortes de dépressions que le diagnostic du praticien devait savoir distinguer : la dépression 'endogène', qui appelle un médicament antidépresseur, et la dépression 'névrotique', qui exige la psychothérapie. C'était une erreur : la psychothérapie peut aider l'une et l'autre, les anti-dépresseurs sont exactement aussi actifs dans les deux cas. La dépression est-elle physique ou psychique ? Elle est les deux. Il est admis aujourd'hui que le traitement optimal allie médicament et psychothérapie.

Par deux fois, à dix ans de distance, la revue *Nature* a fait le point sur ce qu'on sait de la *schizophrénie*⁵⁸. Là aussi, les hypothèses simplistes ont été abandonnées⁵⁹. La recherche met en lumière une complexité d'aspects. Le sex ratio de la schizophrénie est équilibré, mais la maladie est plus bruyante chez l'homme. L'hérédité du trouble a été démontrée, mais elle est incomplète. La recherche génétique suggère un lien non spécifique avec la génétique de

⁵³ **Kandel** Erik R., 'A new intellectual framework for psychiatry', *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155: 457-469; tr. fr. *L'Evolution psychiatrique*, 2002, 67: 12-40.

Kandel Eric R., 'Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry, revisited', *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156: 505-524; tr. fr. *L'Evolution psychiatrique*, 2002, 67: 40-82.

Thurin Jean-Michel, 'Un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée? Introduction à deux articles de E. Kandel', *L'Evolution psychiatrique*, 2002, 67 (1): 3-11.

⁵⁴ **Kandel**, *op cit*, 1999 ; tr fr p. 71.

⁵⁵ voir : **Falissard**, 2008.

⁵⁶ **Bailly et al.**, Déficience auditive et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent. Revue de la littérature récente, *L'Encéphale. Revue de psychiatrie clinique, biologique et thérapeutique*, 2003, p. 329.

⁵⁷ **Widlöcher**, 1990, p. 23-32.

⁵⁸ Coll., 'Schizophrenia – The search for origins and treatments', *Nature* : 11 Nov 2010, 468: 133, 154-172, 187-212.

Coll., "Schizophrenia - Putting the pieces together", *Nature*, 3 Apr 2014, 508 : S1-S20 .

⁵⁹ On ne peut plus accuser les seuls neurones dopaminergiques, ni se contenter de dire que le retrait du schizophrène est la réponse à une mère rejetante.

l'autisme. L'imagerie cérébrale a attiré l'attention sur des anomalies du cortex préfrontal, une région du cerveau qui se restructure à l'adolescence. La schizophrénie serait liée à un trouble du développement cérébral, impliquant peut-être un événement précoce fragilisant (par exemple : famine ou malnutrition de la mère pendant la grossesse), une période de latence (avec retard scolaire, isolement), et une expression comportementale explosive au moment de la maturation cérébrale à l'adolescence. On évalue à 50% la proportion des schizophrènes, dans le monde, qui ne sont pas traités correctement. L'offre thérapeutique, quand elle est disponible, et raisonnable, joint le soutien psychologique (remédiation cognitive) à l'action du médicament⁶⁰.

Conclusion

Karl **Jaspers** écrivait il y a un siècle : « *L'objet de la psychopathologie est l'activité psychique réelle et consciente. Nous voulons savoir ce que les hommes vivent et sentent, et comment ils le font; nous voulons connaître l'étendue des réalités de l'âme* ». Il ajoutait : « *Je trouve grotesque de vouloir séparer le physique du psychique, ils ne peuvent être séparés que d'un certain point de vue ; dans l'ensemble de la science, ils forment un tout.* »⁶¹

Une journée de travail sur le thème du **lithium** se tenait en octobre 2013, à l'Académie de médecine de Paris, pour commémorer les 170 ans des *Annales Médico-Psychologiques*. Le lithium est le plus ancien psychotrope de la pharmacopée psychiatrique. Le lithium est un métal alcalin. Il figure entre l'hydrogène et le sodium dans le tableau périodique des éléments (table de Mendeleïev). Autant qu'on puisse dire, le lithium n'est pas nécessaire à la vie. Il est en grande demande actuellement, pour la fabrication des batteries électriques. Le pays qui a les plus abondantes ressources en lithium est la Bolivie. Les piles au lithium sont ce qui fait marcher les petits engins électroniques que nous utilisons tous : montres, calculatrices, téléphones cellulaires, ordinateurs, etc. (sans même parler des voitures de Bolloré qui sillonnent les rues de Paris).

Le lithium est aussi vendu en pharmacie (carbonate de lithium : Téralithe*, ou gluconate de lithium : Neurolithium*). Il est prescrit aux personnes chez qui a été diagnostiqué un trouble bipolaire (psychose maniaco-dépressive). Pour que le traitement soit efficace et non toxique, il faut qu'il soit bien dosé, ce qui demande un démarrage progressif, et une vérification régulière de la lithémie (à jeun, 12h après la dernière prise). Cette astreinte acceptée, le lithium a un effet préventif des instabilités de l'humeur, et il peut avoir un effet curatif des accès maniaques ou dépressifs. Les personnes bipolaires qui se sont habituées au lithium disent qu'il leur a changé la vie.

Comment le lithium agit-il ? À vrai dire, il est plus facile de saisir le principe de fonctionnement des batteries au lithium qui font marcher les voitures électriques, que de comprendre comment le petit ion Li+ en se promenant dans l'organisme d'un être humain peut épargner à cet être humain la tentation du suicide, ou l'empêcher de s'enfler dans un délire de grandeur. Mais le fait est là : pour stabiliser l'humeur chez les bipolaires, le petit ion Li+ fait aussi bien qu'une thérapie cognitivo-comportementale... qui passe par la voie mentale (le langage, l'esprit), tandis que le lithium passe par le corps. L'intérêt de la psychiatrie est qu'elle travaille sur cette frontière, où les états du corps ont une action sur les états de l'âme, et les états de l'âme exercent une action sur les états du corps. Elle ne peut donc ni « séparer le physique du psychique », ni faire comme s'ils n'étaient qu'un⁶². Ce n'est pas une situation confortable sur

⁶⁰ On sait depuis longtemps que la schizophrénie apparaît à l'adolescence ; elle se manifeste par des épisodes délirants, des troubles cognitifs, un état émotionnel émoussé, une passivité. Le schizophrène entend des voix, ses propos manquent de cohérence, ses résultats scolaires s'effondrent. Ces comportements alertent l'entourage, qui conduit le jeune chez un médecin. Que propose-t-on à ce jeune ? Des médicaments, une thérapie cognitive. Les médicaments neuroleptiques stabilisent sans guérir, au prix d'effets secondaires gênants (prise de poids, mouvements involontaires). On s'efforce, bien sûr, de réduire ces effets indésirables, mais la marge est étroite, parce que le mécanisme d'action (blocage des récepteurs de la dopamine) est responsable à la fois de l'effet thérapeutique et des effets secondaires. On a cherché de nouvelles molécules. Un grand essai clinique réalisé aux US entre 2001 et 2005 (1500 patients, 57 lieux de soins, coût 43 millions de dollars), a montré que les effets d'une nouvelle molécule en laquelle on plaçait grand espoir ne sont pas différents de ceux d'un vieux médicament qu'on utilise depuis 50 ans. Deux grands laboratoires pharmaceutiques, *AstraSeneca* et *GlaxoSmithKline*, ont abandonné la recherche. Un vaste projet européen « Novel Methods Leading to New Medications in Depression and Schizophrenia » (NEWMEDS) lancé en 2009 a pour but de récapituler tout ce qu'on sait dans une seule base de données et identifier de nouvelles voies de recherche. En attendant, la remédiation cognitive fait son chemin. C'est une psychothérapie, qui se propose d'aider le malade à être mieux adapté aux exigences de la vie quotidienne. Son éventuel pouvoir curatif (résilience) n'est pas établi, mais tandis que les médicaments empêchent de délirer, la psychothérapie encourage la personne à prendre des initiatives et réorganiser sa vie.

⁶¹ **Jaspers**, 1913 ; tr fr 2000, p. 23, 56.

⁶² Jean-Noël **Missà** (1993, p. 47) écrit : « *Le problème du corps et de l'esprit, de nature métaphysique, ne peut, en toute rigueur, être résolu empiriquement. Néanmoins nous pensons que le développement des sciences du cerveau rend le dualisme de moins en moins crédible* ». Mais le monisme, au regard de la psychiatrie, n'est pas plus crédible.

le plan théorique, mais elle ouvre la voie à une recherche pragmatique, qui fait coopérer les explorateurs du neurone et ceux de la psyché.

Références

- Binswanger** Ludwig, *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*, Bd. I, *Zur phänomenologischen Anthropologie*, Bd. II, *Zur Problematik der psychiatrischen Forschung und zum Problem der Psychiatrie*, Berne, Francke, 1947, 1955 ; *Schizophrenie*, Pfullingen, Neske, 1957 ; *Le cas Suzanne Urban. Étude sur la schizophrénie*, tr. fr., Paris, Gérard Monfort, 2002.
- Bleuler** Eugen, *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*, 1911; in: Gustav Aschaffenburg, ed., *Handbuch der Psychiatrie*, Leipzig & Vienna, 1911-1928. Engl. transl. 1950, *Dementia praecox, or the Group of Schizophrenias*.
- Bourguignon** André, ed., *Initiation à la recherche clinique en psychologie normale et pathologique*, compte rendu des séminaires de psychiatrie clinique de mars 1979 et de mars 1980, Paris: Inserm, 1982.
- Brisset** Charles, *L'avenir de la psychiatrie en France*, Paris, Payot, 1972.
- Burton** Robert, *The Anatomy of Melancholy. What it is, with all the kinds, causes, symptomes, prognostickes & several cures of it*, London, 1632 ; repr. London & Dutton, 1932 ; Random House, New York, 1977.
- Coll., *Épistémologie et méthodologie en recherche psychiatrique*, XXe anniversaire de *Psychologie médicale*, hommage au Pr. Pichot, 33 textes originaux, Paris, Spei, 1988, 154 p., extr. de *Psychologie médicale*, 1988, 20 (12): 1711-1865.
- DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**, tr fr coord JD Guelfi, Masson, 1996, d'après la publication par l'American Psychiatric Association, Washington DC, 1994 (avec les codes **CIM-10**).
- Ey** Henri, **Bernard** P, **Brisset** Ch, *Manuel de psychiatrie*, 4^e édition entièrement remaniée, Masson, 1974.
- Ey** Henri, dir., *L'inconscient (Vie colloque de Bonneval 1960)*, avec la collaboration de: Blanc C., Diatkine R., Follin S., Green A., Lairy G., Lanteri-Laura G., Laplanche J., Lebovici S., Leclaire S., Lefebvre H, Perrier F., Ricoeur P., Stein C., de Waehlens A., et la participation de : Guiraud P., Hyppolite J., Lacan J., Merleau-Ponty M., Minkowski E., etc., Paris: Desclée de Brouwer, Bibliothèque neuro-psychiatrique de langue française, 1966.
- Falissard** Bruno, *Cerveau et psychanalyse : tentative de réconciliation*, Paris, L'Harmattan, 2008.
- Fédération Française de Psychiatrie (**FFP**), *Le livre blanc de la psychiatrie / The Official Report on Psychiatry*, Paris, John Libbey, 2003.
- Foucault** Michel, *Maladie mentale et psychologie*, PUF, 1954, tr angl *Mental illness & psychology*, Harper, 1976 ; *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, 1961 ; *Le pouvoir psychiatrique*, cours au Collège de France 1973-74, Seuil/Gallimard, 2003.
- Freud** Sigmund, *Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904*, Frankfurt am Main, S. Fischer Verlag, 1986 ; tr fr *Lettres à Wilhelm Fliess 1887-1904*, Paris, PUF, 2^e éd 2007.
- Freud** Sigmund, *Oeuvres complètes*, Paris: PUF, XXI vols.
- Ginestet** D., **Peron-Magnan** P., **Zarifian** E., **Chevalier** J.F., *Chimiothérapie psychiatrique*, Masson, 1979.
- Goldstein** Jan, *Console and Classify. The French psychiatric profession in the nineteenth century*, Cambridge Univ Press, 1987 ; tr fr F. Bouillot, *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*, Institut Synthelabo pour le progrès de la connaissance, 1997.
- Goodman & Gilman's**, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, New York, Macmillan, 6th ed 1980.
- Jaspers** Karl, *Allgemeine Psychopathologie*, 1913 ; *Psychopathologie générale*, tr. fr. d'après la 3^e édition allemande (Heidelberg, 1922), repr. Tchou, Bibliothèque des introuvables, 2000.
- Kandel** Eric R., *In Search of Memory. The Emergence of a New Science of Mind*, New York, Norton, 2006.
- Kraepelin** Emil, *La folie maniaque-dépressive*, tr. de l'allemand par Georges Poyer, présenté par Jacques Postel & David F. Allen, éd. Jérôme Millon, 1994.
- Laing** Ronald D, *The divided self*, London, Tavistock, 1959.
- Lanteri-Laura** Georges, *Psychiatrie et connaissance*, Sciences en Situation, 1991 ; 'Évolution du champ de la psychiatrie moderne: frontières et contenus', *L'Évolution psychiatrique*, 2003, 68 (1): 27-38.
- Leboyer** Marion & **Bellivier** Frank, *Psychiatric Genetics. Methods and Reviews*, Humana Press, 2003.
- Livre blanc de la psychiatrie française**. Rapports présentés aux journées psychiatriques, 19-20 juin 1965, *L'Évolution psychiatrique*, 1965, suppl. 3.
- Meslé** France & **Vallin** Jacques, 'La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ?', in: *Population*, 36e année, n°6, 1981 pp. 1035-1068 (en ligne sur *Persée*).
- Minkowski** Eugène, *La schizophrénie*, 1927 ; rééd. Payot poche, 2002.
- Missa** Jean-Noël, *L'esprit-cerveau. La philosophie de l'esprit à la lumière des neurosciences*, Paris, Vrin, 1993 ; *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, Paris, PUF, 2006.
- Murray** Robin, **Hill** Peter, **McGuffin** Peter, *The essentials of postgraduate psychiatry*, Cambridge UP, 1980, 3rd ed 1997.
- OMS-WHO**, *World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*, online ; *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 - La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs* (en ligne).
- OMS-WHO**, *World Health Report 2013, Research for universal health coverage*, online ; *Rapport sur la santé dans le monde, 2013 - Recherche pour la couverture sanitaire universelle* (en ligne).
- Pélicier** Yves, *Histoire de la psychiatrie*, PUF 1971, 5^e éd corr 1994.
- Pichot** Pierre, *Un siècle de psychiatrie*, Les empêcheurs de penser en rond, Synthelabo, 1996.
- Postel** Jacques & **Quétel** Claude, Dir. (36 collab.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1983 (774 p).
- Postel** Jacques, *Éléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale*, L'Harmattan, 2007.

Quétel Claude, *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, 2009, repr. 2012.

Salloum Ihsan & **Mezzich** Juan, *Psychiatric Diagnosis. Challenges and Prospects*, Willey-Blackwell, 2009 (World Psychiatric Association).

Tatossian Arthur, *La phénoménologie des psychoses*, Le Cercle Herméneutique, 2002 ; *Psychiatrie phénoménologique*, Paris, ETIM, 1997 (posth.).

Tellenbach Hubertus, *Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik*, Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer, 1961 ; repr. corr. 1974, 1976, 1983 ; tr. fr. *La mélancolie*, Paris, PUF, 1985.

Widlöcher Daniel, *Les psychotropes, une manière de penser le psychisme?*, collection 'Les empêcheurs de penser en rond', 1990.

Yalom Irvin D., *Existential Psychotherapy*, New York: Basic Books, 1980 ; tr. fr. L. Richard, *Thérapie existentielle*, Editions Galaade, 2012.

Zarifian Edouard, *Les jardiniers de la folie*, Odile Jacob, 1988.
