

I

Premiers repères

Ce n'est pas en enfermant
son voisin qu'on se convainc
de son propre bon sens.

FÉDOR DOSTOÏEVSKI

En 1925, après trois grands reportages remarquables – au bagne de Cayenne, à celui de Biribi et sur le Tour de France –, le journaliste Albert Londres entreprend de raconter le quotidien des asiles d'aliénés : à l'époque, c'est encore ainsi qu'on les appelle. De son périple, il ramènera une série d'articles pleins de lucidité, d'humour et d'humanité, bientôt réunis en un livre qu'on devrait faire lire à tous les professionnels du soin psychiatrique : *Chez les fous*.

Cent ans plus tard, il ne me semble pas inutile de renouveler la démarche, c'est-à-dire à la fois de la réitérer et de la réinventer.

Car, d'emblée, un fait saute aux yeux : les hauts lieux de la psychiatrie française ne sont plus les mêmes. Le paysage a changé dans des proportions telles qu'il faut impérieusement, en préambule, parcourir ce siècle et répertorier les principales évolutions en matière de lois, de science et de pratiques. Un détail moins anecdotique qu'il n'y paraît peut l'illustrer : Albert Londres affirme que la psychiatrie « est un pic de la science encore mal exploré. Comme le sommet de l'Himalaya, on sait qu'il existe, personne n'y est encore allé¹ ». Il se réfère à la tentative de George Mallory et d'Andrew Irvine, morts l'année précédente dans la première ascension de l'Everest. Edmund Hillary et Tensing Norgay seront les premiers à planter le drapeau et à redescendre vivants en 1953. Depuis, la psychiatrie est devenue un pic aussi exploré que le sommet du monde, mais l'intense tourisme scientifique auquel elle donne lieu laisse presque intactes les énigmes de la maladie mentale.

Quelques dates jalonnent le chemin parcouru depuis le reportage d'Albert Londres : l'année suivante est créée la première société

psychanalytique française, la Société psychanalytique de Paris. En 1937, les « asiles d'aliénés » créés par la loi de 1838 deviennent des « hôpitaux psychiatriques », ce qui ne les empêchera pas de continuer à fonctionner selon une logique asilaire laissant prévaloir le gardiennage sur le soin. Dans les années 1980, la délicieuse novlangue administrative les rebaptisera « centres hospitaliers spécialisés » – sans doute assez honteux de leur spécialité pour ne pas la désigner –, puis ils deviendront de simples « centres hospitaliers » à la fin de la décennie suivante, mais sans toujours renier leur caractère inhospitalier.

Pendant la Seconde Guerre mondiale, les restrictions alimentaires généralisées tournent à la famine chez les malades hospitalisés au long cours dans les hôpitaux psychiatriques français : on estime qu'environ 45 000 d'entre eux sont morts de dénutrition². En 1945, sous l'impulsion du Conseil national de la Résistance, la jeune IV^e République crée la Sécurité sociale, ce qui aura un effet différé mais décisif sur les pratiques de soins. En 1952 est découvert

le premier neuroleptique, médicament actif sur les hallucinations et l'angoisse des psychotiques, qui bouleversera le quotidien des institutions psychiatriques. En 1960, après quinze ans de lutte, des psychiatres progressistes indignés par ce que leurs patients et eux-mêmes avaient vécu et subi durant la guerre obtiennent la création de la « psychiatrie de secteur », encore appelée « psychiatrie sectorielle » : une organisation destinée à sortir du modèle hospitalocentré – changement majeur sur lequel nous reviendrons plus en détail. À la même époque, outre les neuroleptiques, on découvre et commence à utiliser en pratique courante plusieurs familles de médicaments qui améliorent le pronostic et le sort des patients, même s'ils ne soignent que les symptômes et non les causes des maladies. Jusqu'alors synonyme de mort sociale et de ségrégation souvent féroce, le diagnostic de maladie mentale commence à faire moins peur, et le recours aux soins s'élargit à une souffrance psychique ne relevant pas nécessairement de la psychopathologie. En 1968, la psychiatrie s'autonomise, après avoir été longtemps

associée à la neurologie sous le nom de « neuropsychiatrie ». C'est aussi l'époque d'un mouvement « antipsychiatrique », turbulent et provocateur, et le triomphe d'une psychanalyse qui contribue à une meilleure écoute des malades, jusqu'alors peu entendus par la culture asilaire.

Hélas, un certain mésusage de la psychanalyse entraînera l'érosion de son crédit dans la communauté scientifique. Cela explique peut-être pourquoi, à partir des années 1980, les courants de pensée comportementaliste et neuroscientifique entrent dans une concurrence féroce avec le freudisme. Entre autres griefs, la psychanalyse se voit accusée d'impressionnisme théorique, d'élitisme en raison de son coût, et d'une désinvolture coupable vis-à-vis de la réalité des traumatismes psychiques, qu'elle tend à considérer comme des fantasmes³ – pour le dire vite. En réaction, une partie de la communauté psychiatrique se tourne vers des approches qui se targuent d'être plus rationnelles, quantifiables et objectivantes. Les progrès de l'imagerie médicale, de la neurophysiologie et de la génétique viendront soutenir

ce puissant mouvement cherchant à mieux comprendre l'origine et la nature des maladies mentales. D'où un conflit qui ne cesse de s'aggraver entre les tenants d'une psychiatrie biocomportementale attachée à gommer des symptômes et ceux d'une psychiatrie psychosociale prônant une approche globale du sujet malade.

À ce jour, il faut bien le reconnaître, les progrès des neurosciences n'ont pas élucidé grand-chose. Sans aucun doute, on soigne mieux aujourd'hui la schizophrénie ou les troubles de l'humeur qu'il y a cent ans, avec des médicaments plus efficaces et de mieux en mieux tolérés, des hospitalisations plus courtes et moins stigmatisantes, des institutions ambulatoires plus proches du milieu de vie des patients. Mais la compréhension de ces maladies demeure fragmentaire et les principaux ressorts thérapeutiques restent l'engagement humain des soignants et la qualité de la relation qu'ils nouent avec leurs patients, comme l'ont montré plusieurs études, dont celle de Jonathan Shedler, auteur états-unien à la méthodologie robuste⁴.

Cela n'étonnera que les scientifiques les plus butés : on peut imaginer que, depuis l'apparition d'*Homo sapiens*, des individus poussés par l'altruisme qui caractérise notre espèce s'occupent de consoler, d'encourager et de protéger leurs congénères en difficulté psychique. Il est probable que le résultat de leurs entreprises dépende essentiellement de la qualité du lien qu'ils tissent et de l'éthique sous-tendant leur action. On peut imaginer que le soin psychique, s'il vise sincèrement à rendre au patient une liberté perdue ou à soutenir une subjectivité défaillante, aura un meilleur effet que s'il se contente de réparer des individus broyés par l'aliénation sociale pour les renvoyer au front, au bureau ou aux fourneaux, tout en prélevant des honoraires au passage.

Voilà esquissé à trop grands traits le tableau du siècle écoulé, que l'on peut découper schématiquement en trois grandes périodes : la première voyant la mise en cause du modèle asilaire (1925-1960) ; la deuxième, l'émergence d'une psychiatrie psychosociale corrélée à l'organisation sectorielle (1960-1995) ; et la troisième, caractérisée par une

approche neuroscientifique de plus en plus prégnante, dans le contexte du nouveau management public qui conduit subrepticement à une marchandisation du soin.

Si Albert Londres mena une véritable enquête et dut batailler pour se faire ouvrir les portes des asiles, j'ai eu la chance d'accéder plus facilement à presque tous les lieux que j'évoque. Ceux où se pratique la psychothérapie institutionnelle ou une psychiatrie relationnelle s'en approchant m'ont ouvert grand leur porte. Ceux où se pratique une psychiatrie biomédicale semblent moins enclins à ce genre de dialogue, peut-être parce que je tiens un discours critique vis-à-vis de leur démarche. Notons enfin que j'ai choisi de faire une promenade plutôt qu'un reportage : je n'ai pas visité tous les hauts lieux de la psychiatrie française, et je ne me suis pas interdit de me promener aussi dans l'histoire. Pour ne m'être pas imposé de devoir d'exhaustivité, j'ai renoncé à décrire l'évolution de la psychiatrie infanto-juvénile faute de comprendre l'usine à gaz censée rationaliser l'affolante pénurie de pédopsychiatres (600 praticiens en 2017, dont 80 %

âgés de plus de 60 ans⁵). De même, on ne retrouvera pas la clinique de La Borde ou L'Adamant, que les remarquables documentaires de Nicolas Philibert ont fait largement connaître, mais quelques établissements ou services qui illustrent assez bien les mutations opérées depuis un siècle.

Il est probable que s'ouvre actuellement une nouvelle page de la psychiatrie avec l'arrivée de l'intelligence artificielle dans le paysage. Il est difficile d'en anticiper les effets sur les pratiques de soins et les théories qui les sous-tendent, et je me garderai de toute échappée dans la science-fiction. En ce début de 2025, où le monde entier sombre dans la confusion voire le chaos, je forme simplement le vœu qu'en 2125 les conditions soient encore réunies pour qu'un journaliste, un soignant ou un écrivain puisse décrire la psychiatrie de son époque.