

## PSYCHOSES ET PRECARITES

ALEPH 65, Tarbes 11 -12 Octobre 2018.

Précarité et psychose : éléments historiques dans la psychiatrie moderne en France .

D. JEAN

La présentation récente du Plan pauvreté a donné lieu dans les médias à l'évocation de l'étude de **2016** de Pierre Meneton, chercheur en santé publique à l'INSERM, sur la relation entre le chômage et l'état de santé des chômeurs (cf.P. Meneton et al. : « *Le chômage, un problème de santé publique majeur* » Revue de l'IRES 2017/1, n°91-92, p.140-154). Si l'on résume les résultats de cette étude, retenons une surmortalité 3 fois supérieure chez les chômeurs par rapport aux travailleurs du même âge, avec une prévalence importante des maladies chroniques (cardio-vasculaires, cancers) et de leurs facteurs de risque (sédentarité, déséquilibre alimentaire, obésité, HTA...), addictions (tabac, alcool), dépressions, suicides..., avec, au total, une évaluation de 14.000 morts par an imputables au chômage.

Il y a 20 ans déjà, la **Loi 98-657 du 29 juillet 1998** de lutte contre les exclusions établissait « dans chaque région un Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (**PRAPS**), devant s'attacher à *« définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité et l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue et au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels »*.

L'adoption de cette loi, (après la publication en février de la même année du Rapport du Haut Comité de Santé Publique : « ***La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*** ») avait marqué l'émergence de la préoccupation des effets délétères sur la santé, de la crise économique et sociale qui évoluait depuis plus de 20 ans, à la suite du « choc pétrolier » de **1973**.

Dans le champ de la **psychiatrie**, un certain nombre d'expériences de prise en charge de personnes en situation de précarité et d'exclusion ont été menées, hétérogènes, limitées, mais aussi suscitant des contre-réactions critiques, récusant ces tentatives de « **psychiatriser** » la misère.

Débat un peu vain quand le chômage de masse et la précarité se sont installés pour une génération de plus

et continuent à imposer, dans un pan de la société, détresse et souffrance sociale.

Cependant, un certain nombre de **questions** se posaient :

-Quel est le lien entre cette souffrance sociale et l'émergence d'une psychopathologie affectant certains sujets : psychopathologie cause latente ou conséquence de la précarité ?

-Y a t'il une spécificité à cette clinique psychosociale ?

-Quelle est la prévalence des pathologies psychotiques avérées dans ces populations précarisées ?

-Quid des difficultés de prise en charge, de la (non)demande de ces sujets, de l'inadéquation de l'offre de soins... ?

A ces questions, un certain nombre d'auteurs et de travaux avaient commencé à répondre : citons, sans vouloir être exhaustif, la recherche épidémiologique de V. Kovess, « *Précarité et santé mentale* » publiée en 2001, les nombreuses contributions à **Rhizome**, le Bulletin de l' ORSPERE,

Après ce rappel cursif de l'histoire récente, nous souhaiterions parcourir **l'histoire de la psychiatrie moderne**, en nous focalisant sur **trois moments illustratifs des réponses de la psychiatrie** concernant

la prise en charge de ces patients les plus lourds et les plus démunis.

1- La **naissance de la psychiatrie moderne**, avec l'installation de **Philippe Pinel** à Bicêtre en **1793**. Le soin aux aliénés (pauvres), une idée neuve, dans les établissements de l' **Hôpital général** hérités de l'Ancien régime (1) ; la nécessaire élaboration d'une clinique nouvelle ; le traitement moral ; l'asile.

On peut dire que la **psychiatrie moderne a pris racine et s'est construite sur le soin des patients psychotiques pauvres et désocialisés, reclus dans les établissements de l'Hôpital général.**

2- L'apogée de la **psychiatrie française** à la fin du XIXème siècle, la **doctrine de la dégénérescence** de **V. Magnan** et son déclin, l'émergence de la **psychiatrie classique**.

3- Quel avenir pour les psychotiques en situation de précarité : **la rue ou la prison ?**

- 1- L'acte de naissance de la psychiatrie moderne est constitué par la nomination de Philippe Pinel

comme **médecin des infirmeries** de l'hospice de **Bicêtre**, pendant la Terreur, en septembre **1793**  
Il est âgé de 48 ans, n'a pratiquement pas exercé la médecine, mais c'est un savant (histoire naturelle) et un publiciste médical, directeur de la **Gazette de santé**.

Il a une expérience restreinte des soins aux malades mentaux acquise par un exercice (illégal) à la **Maison Belhomme**, maison de santé privée accueillant une clientèle fortunée.

Ce statut d'inventeur de la psychiatrie moderne est conforté par la publication quelques années plus tard du « *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* », en l'an IX du calendrier républicain, soit en **1800**.

Double paradoxe que d'avoir le projet innovant de soigner les aliénés pauvres de Bicêtre quand on se rappelle d'une part que les environ 200 aliénés réunis dans l'Employ Saint-Prix, laïcisé en « **7<sup>ème</sup> emploi** » après la Révolution, sont réputés **incurables** et que les infirmeries où Ph. Pinel est nommé sont destinées à traiter le personnel de l'Hospice et non les malades (**F.La Rochefoucauld-Liancourt**).

C'est là qu'intervient la rencontre décisive avec **J.-B. Pussin, Gouverneur du 7<sup>ème</sup> Emploi**, qui avec son épouse **Marguerite Jubline**, vit au milieu de ces patients, connaît leur histoire, leur évolution,

les diverses expressions de leurs troubles, mais surtout a appris à les aborder et les apaiser, voire les accompagner et favoriser ainsi la possibilité de guérison d'un certain nombre d'entre-eux.

Mis immédiatement à contribution, c'est par son truchement que Ph.Pinel pourra s'approcher et s'occuper des aliénés, surmontant l'effet **répulsif** du « dégoût » et de la peur de la violence, noté tant par **J.Colombier** que par **J.Daquin**, et l'effet **dissuasif** de l'incurabilité supposée de ces patients.

Pour autant, c'est le « **chaos** »(2) qui attend le médecin bienveillant, dans ce 1er contact avec l'aliéné. D'où la nécessité d'élaborer ce dont la médecine officielle ne dispose pas : une méthode d'examen, transposition dans le champ de l'aliénation mentale, de la médecine d'observation.

Avec un outil pour ce faire,

L'étude des facultés, empruntées à l'Ecole psychologique écossaise, et de leurs perturbations. C'est la naissance de la sémiologie et de la clinique psychiatrique moderne.

Les contours de l'aliénation mentale peuvent être précisés, de même que ses divers **aspects**, Manie, Mélancolie, Démence et Idiotisme, et ses diverses **modalités évolutives**.

L'aliénation mentale n'est pas un bloc évoluant d'un seul tenant. Des intermittences ménagent des possibilités d'accès à l'aliéné et d'interventions thérapeutiques susceptibles d'infléchir son fonctionnement psychique, des possibilités de mise en œuvre d'un **traitement relationnel et institutionnel**, le **traitement moral**. Ph. Pinel est nommé Médecin-en-chef de l'Hospice National de la **Salpêtrière** , le **17 avril 1795**. Il est aussi depuis **janvier 1795** Professeur à l'Ecole de santé, de médecine physique puis de médecine interne. Il y initiera un enseignement clinique. Les multiples éditions de son ouvrage, *« Nosographie philosophique »* serviront de base à cet enseignement pendant 3 décennies.

Le 6 Germinal an X, soit le **27 mars 1802**, acte de **naissance de l'asile**.

C'est dans un contexte politico-administratif favorable (Période post révolutionnaire du Directoire, nomination de Chaptal comme Ministre de l'Intérieur, réorganisation de l'administration des Hôpitaux...) qu'il peut entreprendre la transformation de l'Hospice de La Salpêtrière et créer la première expérience de **l'asile**, établissement spécial où mettre en œuvre le **traitement moral** des aliénés.

Il reviendra ultérieurement à **E. Esquirol** d'en renouveler la théorie (au prix d'une inflexion majeure, avec le dépérissement du traitement individuel au profit du traitement institutionnel) et d'en promouvoir le développement à l'échelle nationale, avec comme aboutissement l'adoption de la **Loi du 30 juin 1838**, indiquant dans son article 1<sup>er</sup> : « *Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés...* »,

- **2- La doctrine des dégénérescences de V. Magnan ; l'évolution de l'asile.**

Les théories de la dégénérescence ont dominé le champ de la psychiatrie en France dans la deuxième moitié du XIX siècle et connu un rayonnement à l'étranger, Angleterre, Allemagne et Italie.

Introduites en 1857 par **B.A. Morel**, dans son « *Traité des dégénérescences* », elles seront reprises par **V. Magnan** (1887, 1890, 1895) dans une perspective néo-darwinienne.

Il reprend de façon rapide les causes de dégénérescence (alcoolisme et intoxications, mauvaises conditions de vie et de travail...) pesant sur l'individu, génératrices de tares, héréditairement transmissibles à sa descendance, aboutissant à la création d'une lignée de **dégénérés héréditaires**,

porteurs de stigmates physiques variés et, selon le degré de dégénérescence, du dégénéré supérieur à l'idiot, enclins à développer diverses formes de pathologie mentale.

Les simples « **prédisposés** », s'ils sont exempts de stigmates évidents de dégénérescence, n'en sont pas moins exposés à des accidents tels que la folie« **intermittente** » (manie, mélancolie ) ou à développer un « **délire chronique à évolution systématique et progressive** » avec ses 4 phases caractéristiques.

« **L'infériorité organo-psychique** » du dégénéré rend compte de son incapacité à lutter efficacement pour la vie ; les pathologies mentales et les troubles comportementaux auxquelles elles donnent lieu offrent de multiples motifs d'**internement à l'asile**.

A l'asile, les possibilités de « **régénération** » sont restreintes. Il n'y a pas de réels projets de soin mais bien une mise à l'écart de ces sujets devenus des « **fardeaux pour la société** » qu'il convient de protéger. La population de l'asile ne cesse d'augmenter.

Il faudra attendre le début du XXème siècle pour que ces doctrines soient combattues (cf. **G. Genil-Perrin**, élève de **G. Ballet**, dans sa thèse : « *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence*

*en médecine mentale* », publiée en 1913) et abandonnées, non sans quelques éléments de rémanence, comme le souligne J. Hochman (« *La dégénérescence, origine et conséquences d'une théorie dommageable* », p.151-172, in « *La folle histoire des idées folles en psychiatrie* », B. Cyrulnik et P. Lemoine, O. Jacob, 2016.

C'est à contre-pied des théories de la dégénérescence que s'est construite en France la « **psychiatrie classique** », œuvre « *des maîtres de nos maîtres* » selon l'expression de G.Lantéri-Laura qui se reconnaissait ainsi **plusieurs maîtres** en psychiatrie.

De la fin du XVIIIème à la fin du XIXème siècle, d'A. Tissot (cité par M. Foucault) à E. Esquirol (1824) (« *Mémoire sur cette question : existe-t-il de nos jours un plus grand nombre de fous qu'il n'en existait il y a 40 ans* »), puis P. Garnier (1890) (« *La folie à Paris* »), chacun note une progression de la folie.

L'asile n'a pas répondu aux espoirs mis dans ses capacités thérapeutiques par ses créateurs.

« *Une maison d'aliénés est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales* », écrivait Esquirol, en 1838, « *Des maladies mentales...* », t.2, p.133.



*malades mentaux*, Préface de Jean Oury » Seuil, 2006, proposant le schéma suivant :

Amoindrissement de l'asile

+

Traitement médical et rapide de la crise

+

Traitement social et compassionnel de la chronicité

=

Rue, prison, abandon.

- Pour ce qui concerne la **rue**, si les pays qui ont eu recours à une désinstitutionnalisation brutale (Etats-Unis, Italie...) ont connu une présence massive des psychotiques dans l'espace public (rues, halls de gare, métro...), notre pays où la mutation a été plus progressive n'a pourtant pas été épargné et les données de l'épidémiologie font état de plus de 10% de psychotiques parmi les S.D.F.

La réduction du nombre de lits d'hospitalisation a été en effet substantielle et non compensée par le

développement suffisant de capacités de prises en charge alternatives. Tout s'est passé comme si le projet « désaliéniste » d'ouverture de la psychiatrie avait été confisqué et détourné pour faire prévaloir les préoccupations gestionnaires d'économie.

Il faudra attendre le drame de Pau (décembre 2004) pour qu'un moratoire soit institué pour la fermeture de lits en psychiatrie.

Et il n'est pas certain que la réduction du nombre de lits ait amélioré la qualité des soins à l'hôpital. Celui-ci a par contre irrémédiablement perdu la fonction de **refuge** qu'il exerçait pour ces patients précarisés.

Le pronostic est considérablement alourdi pour ces patients à la rue, par les effets de la dégradation de leurs conditions de vie. Aux co-morbidités somatiques, addictions, irrégularités de traitements et aggravations symptomatologiques s'ajoute un recours insuffisant aux soins, reflet du délitement du lien social mais aussi résultat de prises en charge antérieures peu convaincantes.

Et l'expérience montre que malgré les efforts de préservation des multiples intervenants auprès de ces personnes extrêmement désocialisées, les possibilités de « retours en arrière » sont rarissimes.

Ajoutons enfin que la **désinsertion sociale** est, pour les personnes psychotiques, un **facteur de risque de**

violence, de même que les antécédents de violences commises ou subies, les addictions, les arrêts de traitement...(cf. *Audition publique sur la dangerosité psychiatrique* organisée par la Haute Autorité de Santé en Mars 2011).

- L'augmentation du nombre des psychotiques en **prison** est une autre réalité dérangeante.

Certain se sont même interrogés sur « *l'inquiétant phénomène de vases communicants* » entre les hôpitaux psychiatriques et la prison, « *le taux d'enfermement des malades mentaux se trouvant divisé par trois en cinq décennies,.. la proportion des personnes incarcérées faisant plus que doubler pendant la même période... Déflation asilaire et inflation carcérale...si les deux phénomènes relèvent de logiques largement indépendantes, ils se recoupent pourtant en partie* » (D. Fassin, *L'asile et la prison*, Revue Esprit n°413, Mars-avril 2015, p.82-95).

Nous ne reprendrons pas l'évolution des politiques pénales ni les éléments de sociologie caractérisant la population pénitentiaire que l'on peut retrouver dans de nombreux travaux, dont ceux de Loïc Wacquant, « *Les prisons de la misère* », Raison d'agir, 1999 et « *Punir les pauvres, le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale* », Agone, 2004.

Nous ne reprendrons pas les données épidémiologiques concernant les troubles psychopathologiques en prison et renvoyons à l'étude de F.Rouillon et B.Falissard (2004).

Retenons seulement que le taux de pathologie psychotique en prison est supérieur à 10%, très largement au dessus du taux dans la population générale.

Il n'est pas inutile de rappeler que la prison n'est pas un moyen thérapeutique, ni même un lieu de vie favorable. Elle ne constitue pas le milieu idéal pour permettre à un psychotique de reprendre pied dans la réalité, retrouver une autonomie, restaurer un fonctionnement personnel satisfaisant, renouer des relations interpersonnelles...

La prison ne facilite pas la préparation à leur **réinsertion sociale** dans la perspective de leur sortie et, faute de possibilité de réhabilitation en prison, la fin de la détention pourra être prolongée par une hospitalisation sous contrainte.

Le temps où on pouvait considérer que la présence d'un psychotique en prison était une anomalie, est révolu.

Comment en est-on arrivé là ?

Pris dans un mouvement sécuritaire de répression accrue, ces personnes seront condamnées en comparution immédiate, sans enquête approfondie ni expertise.

Si elles bénéficient d'une expertise psychiatrique, obligatoire pour les affaires criminelles, elles seront **irresponsabilisées** (art. 122-1 du Code pénal) si leur **discernement** était **aboli** au moment des faits, mais les expertises concluent de plus en plus rarement à l'abolition du discernement.

Si leur **discernement** n'était qu'**altéré**, elles demeureront **punissables** (art. 122-2 du Code pénal), et seront condamnées, d'autant plus fortement qu'elles présentent un risque singulier du fait de leur pathologie...et qu'elles pourront en prison bénéficier de soins psychiatriques...

Si nécessaire, elles pourront être orientées vers une Unité de soins spécialement aménagée (**UHSA**) à leur demande ou sur Décision du représentant de l'état, voire une Unité pour malades difficiles (**UMD**) sur Décision du représentant de l'état. Au cours des 15 dernières années, 10 UHSA ont été ouvertes et le nombre d'UMD est passé de 4 à 10.

### **Conclusion :**

La situation actuelle des patients psychotiques précarisés et socialement désinsérés apparaît comme

le contre-point obscur d'une psychiatrie qui se veut ouverte, respectueuse des droits et libertés de chacun.

Les soignants, les équipes, leurs réseaux ... ont sans doute une responsabilité particulière pour éviter autant que possible à ces patients ces funestes ruptures que sont la rue et la prison.

### **Notes :**

1-Il est bien établi que l'Edit du Roi portant établissement de l'Hôpital général de Paris (**1656**) portait sur le Renfermement des **Pauvres**.

Quant à l'**aliénation mentale**, elle coïncide avec ce que deviendront les **pathologies psychotiques** exclusivement.

Les troubles qui deviendront les pathologies névrotiques, n'apparaîtront dans les préoccupations des aliénistes que dans la 2<sup>ème</sup> moitié du XIXème siècle, avec l'extension du champ de la psychiatrie, avec Morel et Magnan (cf. J. Hochmann, in Cyrulnik, op.cit. p. 156 et 160).

2- « **Chaos** », ...terme « *utilisé par les pères de l'Eglise...pour désigner le premier état de la terre avant l'intervention créatrice de Dieu* » nous dit le dictionnaire historique de la langue française d'A. Rey.

Pinel, ancien clerc tonsuré et ancien étudiant en théologie, pouvait-il ignorer cette connotation, la dimension **créatrice divine** nécessaire pour sortir du chaos ?

Ajoutons dans la citation exacte, la faute d'orthographe ou la coquille typographique du mot chaos. « *Tout m'offrit d'abord l'image de la confusion et du **cahos*** », Traité médico-philosophique 1ère éd. p. 1.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES non citées dans la communication :**

Ouvrages généraux :

**Nouvelle histoire de la psychiatrie**, sous la direction de J. Postel et C. Quételet, Privat, **1983** (rééditions Dunod).

**Histoire de la folie à l'âge classique**, M. Foucault, Tel Gallimard, **1972**.

**L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme**, R. Castel, Ed. de Minuit, **1976**.

**Histoire de la psychiatrie**, J. Hochmann, PUF (QSJ) 2ème éd. **2011**.

Sur la naissance de la psychiatrie, les écrits des protagonistes... :

**Instruction sur la manière de gouverner les Insensés, Et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés, J.Colombier et F. Doublet, 1785.**

**Rapport de l'inspection de Bicêtre, par La Rochefoucauld-Liancourt, p. 598 et suiv., in Procès-verbaux et rapports du Comité de mendicité de la Constituante 1790-1791, C. Bloch et A. Tuetey, Impr. Nationale, 1911.**

**La philosophie de la folie, J. Daquin, 1791.**

**Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, P. Pinel, 1ère éd., 1800.**

**Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, E. Esquirol, 2 vol., Baillière, 1838.**

De et sur V. Magnan,

**Considérations générales sur les héréditaires dégénérés, les délirants chroniques, les intermittents, V. Magnan, Leçons cliniques, 3<sup>ème</sup> partie, 2<sup>ème</sup> édition, 1890 .**

**Les dégénérés, Etat mental et syndromes épisodiques, Dr. Magnan et Dr Legrain, Rueff, 1895.**

**Magnan, sa vie, son œuvre, P Sérieux, Masson, 1918.**

...et les recherches majeures qui ont, dans les 40 dernières années, profondément renouvelé l'histoire de la naissance de la psychiatrie :

**Le sujet de la folie, G. Swain, Privat, 1977.**

**La pratique de l'esprit humain, l'institution asilaire et la révolution démocratique, M. Gauchet et G. Swain, Gallimard, 1980.**

**Genèse de la psychiatrie, les premiers écrits psychiatriques de Philippe Pinel, J. Postel, Le Sycomore, 1981.**

**Comprendre et soigner, Philippe Pinel (1745-1826) La médecine de l'esprit, D. Weiner, Fayard, 1999.**

