

**Exposé de la conférence donnée par
le docteur Julien RAZAFINDRAIBE,
psychiatre au CPND de Bourgoin-Jallieu
le jeudi 16 juin 2016**

« La dépression, la folie »

INTRODUCTION

- *Est-ce qu'Orr est fou ?*
- *Y a pas de doute, répondit Doc Daneeka*
- *Vous pouvez l'interdire de vol ?*
- *Y a pas de doute. Mais il faut d'abord qu'il me le demande. C'est écrit dans le règlement.*
- *Alors, pourquoi il ne vous le demande pas ?*
- *Parce qu'il est fou, dit Doc Daneeka. Il faut qu'il soit fou pour continuer à partir en mission après tous les coups durs qu'il a eus. Bien sûr que je peux interdire Orr de vol. Mais il faut d'abord qu'il me le demande.*
- *C'est tout ce qu'il a à faire pour être interdit de vol ?*
- *C'est tout. Envoyez-le me le demander.*
- *Et alors vous pourrez l'interdire de vol ? demanda Yossarian.*
- *Non, je ne pourrai pas.*
- *Vous voulez dire qu'il y a un piège ?*
- *Et comment qu'il y en un, répondit Doc Daneeka. C'est l'article 22 : « quiconque veut se retirer du combat n'est pas fou »*

Il n'y avait qu'un seul piège et c'était l'article 22, qui spécifiait que le souci pour sa propre sécurité face à des dangers réels témoignait d'un esprit rationnel. Orr était fou et pouvait être interdit de vol. il lui suffisait de le demander ; et dès qu'il l'aurait fait, il cesserait d'être fou et devrait accepter de nouvelles missions. Orr serait fou s'il continuait à voler et sain d'esprit s'il arrêtait, mais s'il était sain d'esprit il était tenu d'accepter d'autres missions. S'il les acceptait, il était fou et devrait les refuser ; s'il les refusait, il était sain d'esprit et contraint de les accepter.

Heller 1962, *Catch 22*

LA FOLIE

Le terme de *fol* apparaît dans les écrits en langue vulgaire au XII^{ème} siècle (1100), signifiant « déraisonnable » (à propos d'une personne).

Il est issu du latin classique *foliis* (1080) qui avait les sens suivants : « soufflets pour le feu », « outre gonflée », « ballon », « bourse de cuir ». En fait, « cet objet semble avoir été une métaphore pour désigner une tête vide, gonflée d'idées creuses ».

Sujet à une polysémie redoutable, ses significations plurielles alterneront, au gré époques, civilisations, lieux géographiques et courants de pensées.

La folie, sorte d'envers, d'autre face, ou encore au-delà de la raison, peut venir rendre compte de ce rapport en tension, fruits d'expériences diverses, et saisie par des interprétations en phase avec une société donnée.

Selon les époques et le contexte, la folie peut désigner la perte de la raison ou du sens commun, le contraire de la sagesse, la violation des normes sociales, une posture déviante, marginale, anticonformiste, une forme d'idiotie, une passion une obsession ...

L'Antiquité grecque, propice à une révision du concept de la folie, via la mythologie (la maladie est une vengeance des dieux), le théâtre, mais aussi la philosophie. Dans ce sillage, une « mauvaise folie » serait soit induite par le *daïmon* (être intérieur), soit ferait suite à une transgression nourrie dès lors par un châtement du dieu courroucé. Quant à la « bonne folie », elle s'apparenterait à un don des dieux qui enseignent la vérité.

Dès cette époque la proximité sémantique entre *mantis* (« le devin », la « divination ») et *mania* (« folie ») est relevée.

Socrate aurait prétendu que les grands bienfaits nous viennent de la folie (*Phèdre*) et Platon d'ajouter : « à condition que cette folie nous soit donnée par don divin ». Dès lors, « le fou apparaît comme une figure quasiment mystique et le délire se métamorphose en acte créateur ».

Au Moyen Age, l'Eglise, dépositaire du « savoir médical », avait tendance à s'opposer à propos de la folie aux explications de la médecine savante (tradition hyppocratico-galénique) qui postulait une cause souvent *naturelle* ; elle préférait une conception théologique d'une cause *supernaturelle*, la folie étant alternativement référée à une possession démoniaque ou considérée comme fruit du péché.

En France, bien que le mouvement de reconnaissance du fou comme malade était engagé avec la Révolution, il a fallu attendre la Monarchie de Juillet (1830 roi Louis Philippe) pour voir organisé un débat parlementaire qui va aboutir à l'adoption de la loi du 30 juin 1838 sur les Aliénés.

Cette loi institutionnalise la conception de l'aliéné comme malade qu'il est nécessaire de soigner et représente sur le plan législatif, l'acte de naissance de la Psychiatrie qui permet une mutation tout à la fois dans la compréhension des phénomènes de la folie et dans les perspectives de sa prise en charge sociale et institutionnelle.

La médecine aliéniste opère donc le passage de l'insensé (privé de raison) qu'il ne suffit plus d'éloigner, d'enfermer et faisait le pari de l'appréhension thérapeutique possible du fou, restant sujet de sa folie, dans un lieu spécifique, qui sera l'Asile. On est ainsi passé du fou social ou fou médical.

Il faut citer l'influence des grands aliénistes, et tout particulièrement :

- Philippe PINEL (1745-1826) : docteur en médecine, médecin chef à la Salpêtrière de 1795 à sa mort. On lui attribue la libération de leurs chaînes des malades à l'intérieur des asiles, mythe du « geste libérateur » qu'il a lui-même créé en 1809. Il est le fondateur d'une classification moderne des maladies mentales (1798).

- Jean Etienne Dominique ESQUIROL (1772-1840) son assistant à la Salpêtrière, médecin chef de la Maison royale de Charenton en 1824.

Les institutions psychiatriques et la loi qui les fonde ont fait l'objet au cours des 30 dernières années d'une abondante littérature qui s'ordonne autour de deux démarches :

- La première privilégie le scandale, le spectaculaire, à travers la relation journalistique de faits divers. Là, le fou est criminel ; ici, la criminalité n'est que folie. On s'intéresse alors au personnage célèbre reconnu fou ou au fou qui, par un acte dramatique, ne tarde pas à atteindre la notoriété. La folie peut donc terroriser et tuer.
- Mais elle peut également être prêtée à tort, et c'est le reproche de l'internement arbitraire.

La loi avait surtout trois objets essentiels :

- Nature et Cas où peut être ordonné ou autorisé et par Qui, l'isolement des aliénés.
- Les établissements chargés de les accueillir
- Les dépenses de leur entretien.

Cette importante loi sera malgré tout une mesure de protection sociale et elle restera en vigueur pendant près de 150 ans avant d'être révisée.

- En effet ce sera en 1990 qu'une nouvelle loi va la reformer. Celle-ci dite loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison des troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation.
- Il faut attendre ensuite la loi du 05 juillet 2011 relative aux droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leurs prises en charge qui va introduire des dispositions originales dans la mise en œuvre des soins psychiatriques. Une des mesures phares est l'obligation de contrôle des juges de toutes les mesures privatives de liberté (il s'agit en l'espèce du Juge des Libertés et de la Détention) prises pour des raisons de soins mais également la possibilité de soins sous contrainte exercé en ambulatoire en dehors de toute hospitalisation.
- Enfin, une loi du 27 septembre 2013 va modifier certaines dispositions de cette dernière en raccourcissant par exemple le délai d'intervention du JLD à 12 jours ainsi que la présence d'un avocat.

Ces différentes lois organisent les soins en psychiatrie et les conditions de leur mise en œuvre notamment en autorisant des soins sans consentement soit à la demande d'un tiers (souvent la Famille) soit sur décision de l'autorité administrative (le Préfet).

On retrouve ainsi :

- Placement volontaire (ou PV) et Hospitalisation d'Office (ou HO sous l'emprise de la première loi
- Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) et HO sous celle de la loi de 1990
- Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) ou en Péril Imminent et Soins sur Décision du Représentant de l'État (SDRE) avec la loi de 2011

En psychiatrie, quelques pathologies approchent cette notion de folie :

La démence : d'origine organique au sens où elle est imputable à une affection cérébrale diagnostiquée séparément, est un syndrome chronique, progressive, caractérisée par une perturbation de nombreuses fonctions supérieures.

- La mémoire : acquisition, stockage, recouvrement des informations
- L'idéation
- L'orientation dans l'espace et dans le temps
- La compréhension et la capacité d'apprendre
- La capacité de raisonnement
- L'attention, le langage et le jugement

Par ailleurs, il y a une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social et de la motivation.

Enfin, il n'y a pas à proprement d'obscurcissement de la conscience, sauf dans certaines situations de confusions mentales.

Ces pathologies sont de survenue tardive et la forme de description la plus connue est la **maladie d'Alzheimer**.

Le registre de la psychose dans laquelle il y a une distorsion de la perception de la réalité avec deux pathologies qui représentent des enjeux publics car les troubles bipolaires et la schizophrénie les maladies psychiatriques les plus graves, les plus fréquentes et les plus coûteuses.

Un psychiatre allemand, Emil KREAPELIN, vers la fin du 19^e siècle (1896) isola au sein des psychoses, deux entités cliniques fondant une dichotomie qui bien que controversée reste encore valable actuellement.

En premier lieu, il décrit ainsi la maladie aujourd'hui dénommée **schizophrénie** en utilisant le terme de dementia praecox (ou démence précoce) pour insister sur sa survenue précoce et la détérioration progressive qu'il pensait inéluctable chez la majorité des patients.

Selon lui, les symptômes fondamentaux étaient :

- L'incohérence la pensée et du langage,
- Les symptômes catatoniques, avec négativisme, attitude d'opposition ; une perte d'initiative ou une raideur
- Troubles de l'attention et du jugement
- Émoussement affectif
- Avolition : manque d'énergie et d'intérêt
- Alogie : les processus de pensée semblent vides

Un autre psychiatre allemand Eugen BLEULER qui est le premier à utiliser le terme de schizophrénie montre son désaccord dans la mesure où il considérait que les caractéristiques le plus pertinentes n'étaient pas sa survenue précoce et son pronostic. Il précise que les symptômes présents chez tous les patients sont :

- Les troubles de l'association, de l'affectivité et de l'attention
- L'ambivalence
- L'autisme

Les idées délirantes et les hallucinations ainsi que les symptômes catatoniques sont considérés comme des symptômes accessoires.

Enfin Kurt SCHNEIDER a mis en évidence, un groupe de délires et d'hallucinations

considérés comme pathognomoniques : pensées audibles, commentaires des actes, pensées ou actes imposées vol de la pensée..

Puis ensuite, **la maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires**.

Le trouble bipolaire est une pathologie fréquente avec une prévalence estimée dans la population générale de 1 %.

Il s'agit d'un trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansions de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs.

Dénommé par le passé *psychose maniaco-dépressive*, le trouble bipolaire recouvre une définition plus large de troubles de l'humeur qui sont parfois accompagnés ou non par des symptômes psychotiques.

Les patients ayant un trouble bipolaire rapportent davantage de difficultés dans divers domaines de la vie. L'impact familial, social et professionnel, des troubles bipolaires est majeur.

Ces difficultés portent sur :

- Les relations familiales.
- L'insertion professionnelle
- Les relations interpersonnelles, en particulier avec les proches et en société.
- Les activités de loisirs.

Voir les annexes pour les critères diagnostiques (**CIM 10**)

Dans ce registre de la folie, la psychiatrie est convoquée à travers les pratiques expertales car le Code Pénal a prévu des cas d'irresponsabilité pénale, notamment dans son article L122-1 qui dit énonce en substance alinéa 1 :

*« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un **trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement** ou le contrôle de ses actes. »*

Le deuxième alinéa de ce même article prévoit une atténuation de responsabilité :

« La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »

LA DEPRESSION

Dans la deuxième partie : diapositives sur la dépression.