

Considérations sur la psychiatrie contemporaine

Autor(en): **Christe, Robert**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Actes de la Société jurassienne d'émulation**

Band (Jahr): **64 (1960)**

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-555318>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Considérations sur la psychiatrie contemporaine

par le

Dr ROBERT CHRISTE

Médecin-chef du Service médico-psychologique du Jura

L'attention du grand public est aujourd'hui de plus en plus attirée par l'importance des désordres psychiques de toute nature ; c'est un thème commun qui revient sans cesse dans toute discussion de portée générale que celui de l'augmentation du nombre des malades nerveux et de ses causes.

Comment cette question se pose-t-elle au psychiatre dont la mission est de contribuer à atteindre ou à maintenir un certain niveau d'hygiène mentale ?

L'approche scientifique et objective de ce problème sous son angle médical et social est très complexe.

Il n'est pas aisé de se faire une idée quantitative de l'importance des troubles psychiques en général et il est même difficile d'obtenir des résultats concordants quant au nombre approximatif des seuls malades mentaux au sens strict du terme. En effet, les principes et les méthodes diagnostiques et thérapeutiques qui ont cours dans tous les problèmes touchant à la médecine somatique et qui s'y sont montrés efficaces sont inapplicables en psychiatrie.

Les troubles psychiques et les maladies mentales impliquent toujours une participation de toute la personnalité du malade : ainsi il devient illusoire de vouloir décrire les variations de la personnalité en des termes généraux, acceptés de tous, avec la même facilité et la même précision qu'on pourrait le faire en parlant du sucre sanguin, de la pression artérielle ou de la température du corps.

Les méthodes de description et de classification que nous proposons les diverses écoles psychiatriques reposent presque obligatoirement sur une certaine conception de la nature humaine, qui n'est pas acceptée unanimement. Bien que, à l'envi des disciplines de la médecine expérimentale, la psychiatrie moderne cherche à s'appuyer de plus en plus sur l'expérience et l'observation cliniques, l'expérience et l'observation psychiatriques gardent toujours le caractère très particulier d'une relation constante et indispensable entre le malade et son médecin. Cette relation, fondement de toute expérience psychiatrique, est toujours subjective et souvent même non verbalisable ; sans elle, il ne peut exister ni diagnostic psychiatrique, ni thérapeutique. Subjectif n'est pas arbitraire : le psychiatre, entrant dans les problèmes de son patient, tout en s'en tenant à une certaine distance, doit aussi être capable de rester neutre dans le bilan qu'il fait de son expérience lors d'une consultation.

Le milieu dans lequel vit le malade exerce une action certaine sur la forme clinique que prend la maladie ; il a aussi une influence déterminante sur la décision d'une hospitalisation ou d'un traitement. Tel malade halluciné ou délirant ne saurait être supporté dans tel milieu économique ou familial, alors que dans une région voisine la tolérance de ses proches à son égard sera beaucoup plus grande. Mais aussi, on comprend aisément qu'un grand-père sénile ou une parente bizarre ne sauraient que difficilement garder une place dans sa famille, si celle-ci est obligée de vivre dans l'appartement exigü d'une habitation moderne.

Quant aux causes des troubles psychiques de notre temps, celles qui sont évoquées fréquemment de nos jours, comme le bruit, le rythme trépidant de notre vie quotidienne, la mécanisation, la transformation de la structure de notre société ou d'autres, ne peuvent être retenues que comme hypothèse de travail. Aucune recherche en effet n'a été en mesure de donner jusqu'ici des résultats suffisamment complets et significatifs.

* * *

Les idées communes qui se sont fait jour au cours de l'histoire au sujet des maladies mentales ont guidé, dans une mesure beaucoup plus grande que dans le cas des maladies physiques, les mesures sociales ou thérapeutiques prises à l'encontre des aliénés : la maladie mentale, plus qu'une autre, se manifeste d'abord sur le plan des relations interhumaines ; le symptôme d'une maladie physique n'a de sens le plus souvent que pour le malade lui-même ou son thérapeute, celui d'une affection mentale au contraire naît de la confrontation du malade et de son milieu et exprime le conflit qui surgit de cette rencontre.

Les diverses attitudes adoptées en face de l'aliénation mentale traduisent sur le plan social les phases d'une lutte où restent actives

les parties les plus intuitives et les plus magiques de la nature humaine. Rien d'étonnant, alors, que les maladies mentales continuent à être mises en marge des autres grands maux dont souffre l'humanité.

Dans l'antiquité, les hommes ont manifesté autant d'intérêt pour la santé mentale que pour la santé physique et pourtant les établissements pour traiter les malades mentaux y ont été extrêmement rares : par l'intérêt qu'il éveillait, l'aliéné n'en était que plus maudit : comment admettre l'idée que le malade dont l'esprit n'est pas sensé puisse faire l'objet de soins ? Par une espèce de paradoxe, le malade dont le symptôme essentiel est de ne pas pouvoir s'intégrer dans la société dans laquelle il vit, se voit mis au ban de cette société et contraint à vivre dans des conditions opposées à celles qui devraient contribuer à sa guérison.

Dans la Gaule du début de notre ère, le malade mental était soumis à un rituel qui consistait en une « épreuve » : il était chassé de son groupe social et forcé à un long pèlerinage vers certains lieux saints retirés et très éloignés. S'il en revient — c'est donc qu'il n'est pas mort de faim et qu'il n'a pas été dévoré par quelque bête sauvage —, c'est qu'il est habité de l'esprit de Dieu et qu'il peut réintégrer son milieu : « l'épreuve » sert en même temps à des fins diagnostiques et thérapeutiques ! A proximité de ces lieux saints, où gisent les restes des innombrables possédés ayant succombé à l'épreuve, s'installent bientôt quelques familles qui recueilleront et soigneront les fous arrivés jusque-là. C'est dans ce cadre que se développe entre le XII^e et le XVI^e siècle la conscience encore très imprécise d'une certaine conception de la maladie mentale. Au XIV^e siècle, après que le moyen âge n'a connu qu'une unité psychosomatique, on commence à distinguer des maladies physiques auxquelles on prête une origine naturelle, une maladie mentale d'essence surnaturelle. La controverse à ce sujet n'était pas nouvelle puisque Hippocrate déjà s'opposait au nom de « maladie sacrée » que l'on donnait à une certaine maladie mentale.

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, les établissements pour malades mentaux s'ouvrent en plus grand nombre, mais il faut attendre la Révolution pour qu'en 1793, sous l'impulsion de Pinel, le fou soit traité en vrai malade : le médecin déliant les malades de l'hôpital de Bicêtre à Paris des chaînes dans lesquelles on les avait jetés devient le symbole du nouvel esprit qui va animer toute la psychiatrie au cours du XIX^e siècle.

Le malade mental « délivré de ses entraves est dès lors livré à la médecine ». Cette médecine du XIX^e siècle, nourrie de conceptions essentiellement mécanistes, va chercher à classer les maladies mentales en entités anatomo-cliniques. La notion de maladie repose alors exclusivement sur celle d'une lésion anatomique, responsable des symptômes. Le malade mental est considéré comme un malade atteint d'une certaine lésion cérébrale : c'est l'ère où l'on cherche à localiser toujours davan-

tage dans certaines parties du cerveau toutes les fonctions mentales. Sur le plan social, ce fait conduit à séparer le malade mental des autres individus et à le considérer rapidement comme incurable. La psychiatrie est alors engagée dans le cercle vicieux qui consiste à construire des établissements toujours plus grands, toujours plus nombreux où les malades mentaux vivent dans une atmosphère artificielle, vite surpeuplée (un seul hôpital psychiatrique de New-York compte actuellement encore plus de 15.000 malades !).

Les découvertes de Freud, celle de la psychologie dynamique et de la sociologie allaient, au début de notre siècle, permettre à la psychiatrie de revoir toutes ses bases : la maladie mentale, à la lumière de ces nouvelles conceptions, n'apparaît plus comme la seule manifestation d'une lésion cérébrale. Si certaines affections mentales sont en relation avec des désordres anatomiques au niveau de certains centres nerveux, les symptômes psychiques ne peuvent être compris que dans le sens d'une manifestation de toute la personnalité dans son effort de restructuration : la maladie mentale est en quelque sorte replacée dans le cadre du malade, avec ses atteintes anatomiques, son angoisse due à ses conflits intérieurs ou réels ; elle apparaît comme une forme d'organisation anormale, où des facteurs aussi différents que la structure anatomique, l'histoire personnelle du malade et l'expérience actuelle sont constamment et perpétuellement mêlés.

L'attitude thérapeutique découlant de ces notions sera de chercher à donner au malade la possibilité d'intégrer dans son psychisme l'expérience de la vie réelle, sans que cette dernière ne représente pour lui un traumatisme trop grave nécessitant un nouveau placement dans un milieu artificiel. Dans un tel milieu, le malade adoptera automatiquement un comportement lui aussi artificiel : le milieu pourra non seulement entretenir les symptômes de la maladie, mais les amplifier et surtout rendre souvent problématique la réintégration du malade dans un milieu normal.

Ces conceptions, qui sont actuellement la base de la psychiatrie moderne, ont eu une influence considérable sur l'organisation des hôpitaux psychiatriques : on a créé des stations ouvertes, les conditions d'admission ont été rendues — dans la plupart de nos cantons suisses — très semblables aux conditions d'entrée dans un hôpital ordinaire (en Angleterre, 95 % des malades entrent librement à l'hôpital psychiatrique). Les efforts ont porté surtout sur la manière de traiter les malades : aujourd'hui, les anciennes cellules d'isolement, les camisoles de force ou les bains permanents recouverts de planches et d'où seule la tête du malade pouvait émerger, ont entièrement disparu, comme les nombreuses fenêtres grillagées, les lits-cages et autres instruments de contention pour les « fous-furieux ».

Dès la fin de la deuxième guerre mondiale, des institutions permettant le traitement ambulatoire des malades perveux, enfants et

adultes, se sont créées et développées. Le nombre des malades traités ambulatoirement a augmenté considérablement, au point de surpasser rapidement en importance le nombre des malades traités en hôpital. Ces institutions permettent de réaliser une certaine prévention de la maladie mentale en traitant les cas suspects dès l'enfance par des moyens psychothérapeutiques efficaces. Inversement, le malade qui sortira de l'hôpital pourra être repris en charge par une institution de ce type, son traitement pourra être continué ambulatoirement.

Tout, dans la psychiatrie contemporaine, est axé sur la réintégration du malade dans son milieu social normal, le traitement quel qu'il soit, ayant pour but d'abord de rendre cette réintégration possible : ce facteur est indispensable à une guérison durable, c'est-à-dire au maintien d'un équilibre psychique satisfaisant, en un mot, au bonheur de l'homme en difficultés psychologiques.

* * *

Essayons de classer maintenant les troubles psychiques qui sont du ressort d'une intervention médicale.

I.

Deux grandes classes doivent être distinguées dans les **maladies mentales**, les **psychoses**, celles qui reposent sur une altération anatomique du cerveau, les **psychoses organiques**, et celles qui se développent sur la base de troubles affectifs graves, abordables seulement sur le plan psychologique, sans aucun trouble au niveau du système nerveux lui-même, les **psychoses affectives**.

a) Les psychoses organiques

Les différents centres nerveux du cerveau sont dans un état d'équilibre dynamique les uns par rapport aux autres ; ils ne fonctionnent pas d'une manière autonome, mais sont dans une très grande interdépendance.

L'altération anatomique d'une partie du cerveau amène une restructuration complète de tout l'édifice existant, comme c'est le cas d'ailleurs lors de la mise en activité de nouveaux centres nerveux au cours de la croissance.

Le psychisme, quel que soit l'état anatomique du système nerveux, est l'expression de l'activité globale du cerveau ; il n'existe pas de relation absolue et constante entre la zone anatomiquement altérée et les symptômes psychiques. Un individu à qui il manque une partie du cerveau reste un individu !

Le symptôme psychique est une des manifestations d'une **perturbation globale** des centres nerveux : on renonce actuellement — après de nombreuses tentatives — à localiser certaines fonctions psychiques à des territoires cérébraux géographiquement bien délimités.

Des troubles anatomiques au niveau du cerveau peuvent être engendrés par des facteurs héréditaires, des malformations, des toxiques (maladies ou infections de la mère d'un fœtus) ou des actions mécaniques (asphyxie du fœtus lors de l'accouchement, compressions lors du passage par le bassin ou accouchement par forceps).

Ces troubles organiques, à un âge précoce, entraînent tous les mêmes manifestations : l'individu sera uniformément retardé dans son développement affectif et intellectuel, il souffrira d'**oligophrénie**.

La gravité de cette affection peut être plus ou moins grande : elle n'est pourtant pas en relation directe avec l'étendue des dégâts anatomiques.

La forme la plus simple de l'oligophrénie est la **débilité mentale** : le malade qui est atteint de cette maladie n'atteindra jamais le développement de l'homme normal, il restera incapable d'un raisonnement abstrait comme d'une adaptation sociale normale. L'**imbécillité** est une forme plus accentuée de l'oligophrénie et l'**idiotie** en est la manifestation la plus grave. L'imbécile ne peut être intégré que dans un cadre social particulier, mais il restera incapable de vivre par ses propres moyens ; il n'apprendra jamais à lire ou à écrire. L'idiot ne peut apprendre à parler et son adaptation sociale se limite, dans les cas favorables, à l'apprentissage de certains automatismes de propreté, d'alimentation ; il est pratiquement inéducable au-delà de certaines activités domestiques rudimentaires.

Ce n'est qu'à l'âge adulte que le diagnostic de débilité mentale peut être posé avec suffisamment de sécurité : on qualifie trop volontiers de « débile » un enfant qui éprouve des difficultés scolaires : souvent son développement est plus lent que celui de ses camarades, mais il pourra plus tard arriver au même niveau ; on ignore aussi trop fréquemment dans quelle mesure l'enfant en retard pourrait récupérer s'il bénéficiait d'un enseignement adapté à ses difficultés ou d'un traitement spécial des troubles moteurs et affectifs dont il souffre. Que lon songe, par exemple, à certains de ces infirmes moteurs cérébraux dont on parle tant actuellement et qui étaient jusqu'à ces dernières années considérés comme idiots, alors que, convenablement rééduqués, ils sont capables de suivre un enseignement normal.

Si, jusqu'à l'âge de 3 ans, les perturbations anatomiques du cerveau, acquises ou héréditaires, entraînent un **retard** dans le développement, les mêmes dommages n'ont, ensuite, plus les mêmes conséquences : l'édifice neurologique et psychique qui s'est construit jusque-là est ébranlé tout entier et détruit à certains endroits ; à un blocage dans le développement ultérieur s'ajoutera la **perte** de ce qui avait été

acquis et la régression à un stade d'organisation plus primitif. Ce phénomène n'entraîne plus seulement une oligophrénie mais une **démence organique**, terme qui exprime la détérioration de fonctions psychiques préalablement saines.

A l'âge adulte, au moment où la croissance est terminée, toute atteinte cérébrale organique entraînera une perte de ce qui avait été acquis auparavant, **une démence**.

Les altérations anatomiques peuvent être causées au cerveau par une infection (encéphalite), l'absorption de toxiques (médicaments, produits industriels, alcool), une action mécanique (traumatisme crânien - lors d'accidents de la route par exemple), à la suite de troubles vasculaires (apoplexie, thromboses, etc.) ou par un vieillissement prématuré de la substance cérébrale.

La **démence organique** (post encéphalitique, post traumatique, sénile) est caractérisée par un ensemble de symptômes communs, le **syndrome psycho-organique** : perte de mémoire pour les événements récents, troubles du jugement, diminution de sa précision, baisse de la rapidité et de la richesse des associations, troubles de l'affectivité avec augmentation de l'émotionabilité, incontinence et labilité des affects.

b) Les psychoses affectives

Des conflits affectifs graves mettant en jeu les relations de l'individu avec la réalité du monde dans lequel il vit sont à la base de ces affections : la plupart du temps brusquement ces conflits, très souvent sans raison apparente, sont réactivés, compromettant l'équilibre psychique de l'individu et entraînant l'effondrement de sa personne. Deux maladies peuvent être distinguées dans ce cadre :

1. **La schizophrénie**, la « maladie mentale » par excellence, la folie. Pris d'une angoisse envahissante, le malade n'est plus capable de contenir ses fantaisies ; elles font irruption dans le monde réel et le malade ne peut plus les distinguer de la réalité : il commence à délirer. Les perceptions elles-mêmes s'altèrent ; ce qu'il voyait avec les yeux de la fantaisie dans son monde intérieur, il le voit maintenant réellement, avec évidence dans le monde extérieur : il hallucine. Le monde intérieur du malade, où se meuvent les images les plus monstrueuses, s'enchevêtre toujours davantage avec le monde réel, le résultat en étant la formation d'un univers extraordinaire qui n'obéit plus à aucune loi logique, où le malade perd les notions d'espace, de temps et jusqu'à celle de son schéma corporel. L'unité psychique de sa personne est compromise et le malade vit dissocié dans les différentes parties et les différentes activités de son corps. Il parle et agit d'une manière incohérente, toujours en proie à la plus vive angoisse qui le

rend, tour à tour, sans motif compréhensible, figé ou agité, indifférent ou sujet à un brusque accès de fureur.

Cette maladie est la plus fréquente et la plus impressionnante des maladies psychiatriques : à sa période d'état, elle rend presque toujours une hospitalisation nécessaire dans un hôpital psychiatrique. Elle évolue par phases, entrecoupées de périodes de rémission plus ou moins longues où le malade peut reprendre toutes ses activités ; elle peut se stabiliser sous la forme d'une guérison sociale ou devenir chronique : dans ces derniers cas, le malade ne pourra continuer à vivre que dans un cadre artificiel, le plus souvent l'hôpital psychiatrique.

Le pronostic de cette maladie a été considérablement amélioré par l'introduction dans l'arsenal thérapeutique psychiatrique de médicaments nouveaux permettant un traitement plus rapide et plus précoce, réalisable dans certains cas dans le cadre de consultations ambulatoires, hors de l'hôpital psychiatrique.

2. **La psychose maniaco-dépressive.** Sa caractéristique est d'évoluer en deux phases successives : le malade passe par une période où il se montre plein d'énergie, est optimiste, très euphorique, se sent très puissant et se montre très généreux, manifeste de nombreuses idées de grandeur, fait preuve d'associations très riches et très nombreuses ; il est très excité, dort très peu, parle abondamment, fait d'innombrables plaisanteries et se lance dans les entreprises les plus inattendues : il est dans une **phase maniaque**.

A cette première période succède une deuxième où il présente les symptômes inverses : de plus en plus fatigué, d'humeur dépressive, incapable de faire son travail au rythme habituel, il est déprimé, se sent amoindri, nourrit des idées de persécution ; il est ralenti, parle peu, ses associations sont pauvres, peu variées ; de plus en plus indifférent, il a le regard fixe, est inhibé jusque sur le plan moteur ou alors il éprouve des accès d'une angoisse très profonde, insurmontable, accompagnée d'une agitation sans but et sans raison, avec des pleurs et des lamentations qui ne peuvent être calmées par aucun entretien : le malade est dans une **phase dépressive**.

La forme classique de la psychose maniaco-dépressive avec ses deux phases n'est pourtant pas la forme la plus fréquente. Il est en effet beaucoup plus courant de rencontrer des malades qui périodiquement passent par des phases dépressives sévères, sans passer entre temps par une période maniaque : on parle dans ces cas d'une **dépression périodique**.

Il est des malades qui souffrent d'un syndrome dépressif grave, du même type, mais sans que cette affection réapparaisse à intervalles réguliers : on parle alors simplement de **mélancolie** ou de **dépression endogène**, endogène parce qu'étrangère à des causes externes.

La manifestation de la psychose maniaco-dépressive sous la forme seulement de la phase maniaque est beaucoup plus rare : on parle dans ce cas de **manie**.

Ce qui distingue cette affection de la schizophrénie, c'est le fait qu'ici la personnalité du malade conserve son unité et ne présente pas l'aspect chaotique et discordant de celle du schizophrène.

La thérapeutique moderne met, depuis peu, des médicaments à disposition qui se révèlent très actifs dans le traitement ambulatoire des mélancolies.

L'épilepsie occupe un peu une place à part dans les maladies mentales ; elle se situe entre les psychoses organiques et les psychoses affectives. Elle est caractérisée dans sa forme majeure classique par l'apparition de crises au cours desquelles le malade perd conscience, tombe et présente des contractions musculaires généralisées à tout le corps. Il existe plusieurs formes mineures de cette maladie où les symptômes se résument à des absences ou à l'apparition, par crises, de phénomènes somatiques divers.

II.

Sans être de vraies maladies mentales, il existe plusieurs types de **troubles psychiatriques**, dont les manifestations et les répercussions sociales sont aussi graves que celles des maladies dont nous venons de parler.

Les psychopathies sont des troubles constitutionnels du caractère ; la personnalité du psychopathe est disharmonique et s'adapte difficilement au monde réel. Le psychopathe souffre de la société en même temps qu'il la fait souffrir. Ces individus ont tendance à présenter fréquemment des réactions psychiques anormales ou des comportements antisociaux. C'est parmi eux qu'on trouve le plus grand nombre de criminels et de délinquants de tout genre.

Les toxicomanies ne se développent habituellement que chez des individus dont le caractère présente certaines anomalies. Toxicomane n'est pas celui qui consomme abusivement des toxiques et celui qui consomme abusivement des toxiques ne devient pas fatalement toxicomane.

Le toxicomane est celui qui se trouve dans un **état de besoin vis-à-vis d'un médicament** — de l'alcool pour l'alcoolique, lui aussi un certain type de toxicomane —, qui a **perdu toute maîtrise** face à la consommation d'une substance qu'il a **reconnue comme toxique pour lui**, est donc **incapable de s'en passer** et présente **une accoutumance** au produit en question, l'entraînant à **en augmenter la consommation** :

c'est dans le cas seulement où cet ensemble de facteurs est réuni que l'on peut parler d'un vrai toxicomane. Pour l'alcoolique, le problème est exactement le même.

III.

a) Bien des personnes qui ne souffrent pas d'altérations graves de leur santé mentale ou de leur caractère peuvent présenter au cours de leur existence des réactions psychiques anormales en certaines circonstances de la vie : ces **troubles psychiques réactionnels** se rencontrent toujours chez des personnes dont la structure de la personnalité révèle une certaine fragilité.

Les réactions les plus fréquentes sont sans aucun doute les **réactions dépressives** où le découragement, une humeur triste ou seulement maussade, un certain degré d'angoisse, quelques troubles du sommeil et de l'appétit sont au premier plan du tableau clinique, qui ne revêt jamais dans ces cas toute la gravité de la symptomatologie de la mélancolie. Parmi les autres formes de réactions psychiques anormales, on trouve des manifestations hystériques, frappantes par leur caractère démonstratif, des manifestations paranoïaques où le sentiment de persécution est à la base des idées que le malade se fait au sujet de son entourage.

b) Les **névroses** enfin ressortissent rarement à la psychiatrie clinique. Ces troubles sont de nature psychologique, ils compliquent souvent la vie du malade qui en souffre et l'entraînent dans des situations conflictuelles pénibles.

Ces troubles sont conditionnés essentiellement par des conflits que l'enfant a rencontrés dans son éducation et qu'il a refoulés dans son inconscient : ces conflits pourtant continuent à conditionner le comportement de l'adulte et resurgissent, sous une forme méconnaissable, sous la forme d'une symptomatologie névrotique : peur d'animaux, angoisse de la foule, institution de rituels dans les activités domestiques, qui deviennent alors de vraies cérémonies, etc... Les névroses sont par excellence les « maladies psychologiques » justifiables d'une psychothérapie en profondeur.

Les maladies mentales sont essentiellement des troubles de l'âge adulte. L'enfant pourtant peut présenter les mêmes affections psychiques que l'adulte, mais la symptomatologie ne sera pas la même.

La personnalité de l'enfant n'a pas encore la rigidité de celle de l'adulte ; cette souplesse de l'enfant augmente considérablement les chances d'une intervention psycho-thérapeutique précoce. La psychiatrie de l'enfant a donc un but à la fois thérapeutique et prophylactique.

* * *

On peut se faire une idée de **l'importance des maladies mentales** en considérant le nombre des malades qui sont soignés dans les hôpitaux psychiatriques : ce chiffre toutefois n'a qu'un caractère très relatif, il ne tient aucun compte en effet des malades qui ne seront jamais hospitalisés ni du fait que les manifestations d'une affection mentale peuvent varier selon la structure du milieu où vit le malade.

Une étude systématique de ce problème, sous forme d'enquêtes approfondies, se révèle irréalisable ; aussi ne nous reste-t-il qu'à opérer par recoupements.

En Suisse, au cours de ces dix dernières années, 1 personne sur 9 a passé une fois dans sa vie dans un hôpital psychiatrique ; 8000 malades par année entrent pour la première fois dans un hôpital psychiatrique (1,6 ‰ de la population) et plus de 33.000 malades y sont soignés annuellement. Les $\frac{3}{4}$ de ces malades ont été hospitalisés à plusieurs reprises. Le quart des malades qui entrent pour la première fois en établissement psychiatrique sont âgés de 60 ans et plus ; ceux qui sont âgés de moins de 20 ans représentent le 8,9 % des premières entrées, les autres classes d'âge sont représentées dans une proportion de 15 % environ. Les malades masculins sont légèrement plus nombreux que les femmes.

Le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques suisses est de 41 pour 10.000 habitants. En Suède, le 42 % des lits d'hôpitaux disponibles sont occupés par des malades mentaux, en Suisse plus de 40 %.

Les premières hospitalisations dans les établissements psychiatriques ont considérablement augmenté au cours de ces vingt dernières années. Comparée à 1933-1935, cette augmentation, en chiffres absolus, est de 90 %, mais si l'on tient compte de l'augmentation de la population, elle n'est que de 50 %. On constate parallèlement que le nombre des malades traités par an dans **tous** les hôpitaux de Suisse (non seulement les établissements psychiatriques) est près de 600.000, ce chiffre étant de 80 % plus élevé qu'en 1933-1935. L'hospitalisation beaucoup plus fréquente est donc un phénomène très général et qui n'est pas réservé à l'établissement psychiatrique ! Aujourd'hui, 1 personne sur 9 est traitée **chaque année** dans un hôpital général.

L'importance relative des malades psychiatriques ressort des chiffres suivants : en 1933-35, les malades traités en établissements psychiatriques représentaient le 7,7 % des malades traités en hôpital, et les tuberculeux le 5 % ; en 1956, les malades psychiatriques représentaient le 5,7 %, et les tuberculeux le 3,7 %. Les malades mentaux traités en établissements sont notablement **plus nombreux** (plus d'un tiers !) que les malades tuberculeux traités dans les sanatoria ou les hôpitaux généraux (et ceci avant l'apparition des traitements chimiothérapeutiques puissants qui au cours des dernières années ont permis de vider une grande partie des sanatoria !).

Ces chiffres ne s'appuient que sur les malades mentaux qui passent dans un hôpital psychiatrique ; on ignore le nombre des malades mentaux qui continuent à vivre sans entrer en contact avec la psychiatrie ; il est encore plus difficile de se faire une idée du nombre de malades qui souffrent de troubles psychologiques ou caractériels et qui devraient pouvoir bénéficier d'une aide médicale. Voici pourtant quelques chiffres :

Dans les consultations pour adultes du Service médico-psychologique du Jura, au cours des deux premières années de son activité (1959 et 1960), le 60 % des cas examinés et traités n'avaient jamais été dans un hôpital psychiatrique ; ce chiffre s'élève à plus de 70 % si l'on envisage seulement les malades nouveaux pris en charge dans ce même service pour 1960. Pourtant les malades traités ne souffrent pas de troubles psychiques bénins : le diagnostic de **schizophrénie** a été posé dans le 25 % des cas, celui de **dépression** dans le 22 % et celui de **névrose** dans le 11,5 % des cas. Les malades adultes qui ont néanmoins dû être hospitalisés représentent seulement le 7,3 % des adultes examinés et traités.

Il semble donc que dans le Jura tous les malades souffrant de troubles psychiques graves n'aient pas été hospitalisés dans un hôpital psychiatrique.

Dans une étude faite sur la population de l'île de Bornholm, le **cinquième** seulement des malades présentant des symptômes aigus d'une maladie mentale étaient hospitalisés.

Au Tennessee (USA), on estime que les malades traités en hôpital psychiatrique ne représentent **que la moitié** des malades psychiques ayant besoin de soins hospitaliers. En Angleterre, le 60 % seulement des schizophrènes auraient été hospitalisés. Il ne faut enfin pas perdre de vue que, dans certains pays, il est une coutume qui veut que le malade mental soit soigné dans sa famille (Espagne, par exemple).

Concernant le nombre des malades psychiques non atteints d'une maladie mentale, les investigations sont encore plus malaisées : une enquête anglaise très étendue montrait en 1942 que, parmi les malades souffrant de troubles somatiques fonctionnels ou de troubles psycho-somatiques, plus **d'un tiers** représentaient les symptômes d'une **névrose caractérisée**. Chez 13.000 ouvriers d'industrie de construction mécanique, 9 % des hommes et 13 % des femmes avaient souffert, au cours des six mois précédant l'enquête, d'une névrose bien définie ayant entraîné une incapacité de travail ; en outre, 19 % des hommes et 23 % des femmes avaient présenté des signes mineurs de névrose. **La névrose entraine pour un quart à un tiers dans les causes d'absentéisme pour maladie et avait entraîné la perte de journées de travail dans la proportion de 3 jours par an pour les hommes et de 6 jours par an pour les femmes.**

Les facteurs névrotiques sont à la base de 30 % de toutes les maladies responsables des absences au travail et sont déterminants dans le 70 % des maladies physiques chroniques.

Un ordre de grandeur de l'importance des diverses formes de maladie mentale, en prenant comme critère la nécessité d'une hospitalisation dans un hôpital psychiatrique, peut s'exprimer en % de la population totale, de la manière suivante :

Oligophrénie	1,0 - 2,5 % dont 0,3 à 0,4 % d'imbéciles et d'idots
Epilepsie	0,3 - 0,5 %
Schizophrénie	1,0 - 1,5 %
Psychopathie	0,5 - 1,5 %

En tout, les maladies mentales ont une fréquence de 10 à 12 %.

Il est difficile de connaître les chiffres pour les psychoses organiques ; en 1955, elles représentaient en Suisse le 22 % des premières hospitalisations (19 % pour la schizophrénie) ; il en est de même pour les toxicomanies (y compris l'alcoolisme), qui représentaient le 15 % des premières entrées, comme pour les névroses et les réactions psychologiques anormales, qui en représentaient le 19 %.

En 1955, la proportion des premières hospitalisations des oligophrènes, par rapport à toutes les premières hospitalisations, a été deux fois moins importante, celle des psychopathes et des schizophrènes 1,5 fois moins importante qu'en 1933-35.

Pour les alcooliques et les épileptiques, cette proportion est restée la même de 1933 à 1955, alors qu'elle a triplé pour les névroses, plus que doublé pour les toxicomanes autres que les alcooliques, augmenté de 20 % environ pour les démences et de 10 % pour la psychose maniacodépressive.

Au sujet de l'augmentation du nombre des maladies mentales, des considérations sur l'évolution des hospitalisations dans un des grands hôpitaux psychiatriques suisses, la clinique psychiatrique universitaire de Bâle, ont permis d'arriver aux conclusions suivantes :

1. Certaines maladies n'ont pas augmenté, ou alors leur augmentation peut être expliquée entièrement par l'évolution de la population de Bâle. Ces maladies sont :
 - la schizophrénie
 - la psychose maniaque intermittente
 - les constitutions psychopathiques en tant que maladie
 - les névroses obsessionnelles
 - le delirium tremens et la maladie de Korsakoff
 - la morphinomanie
 - l'oligophrénie grave et
 - l'épilepsie.
2. Pour certaines maladies, l'augmentation des entrées peut être expliquée, d'une part, par la tendance à hospitaliser toujours plus fréquemment les malades.

Ce deuxième point ne peut expliquer d'ailleurs que des augmentations assez faibles, de l'ordre de 1,5 fois en quarante ans.

Les maladies principales de ce groupe sont :

les dépressions involutives et
les démences artériosclérotiques et séniles.

3. Une nouvelle forme morbide, encore inconnue il y a 20 ans, s'est rapidement développée au cours de ces dernières années : les petites toxicomanies. Quand même les entrées de ces malades ne sont pas très importantes quantitativement (13 entrées en 1956), leur augmentation depuis 1947 présente un danger incontestable. La raison de cette augmentation réside certainement dans la mise en vente, sans contrôle, d'une quantité innombrable de petits analgésiques.
4. Certaines maladies enfin ont augmenté dans des proportions que n'expliquent ni l'augmentation de la population ni la tendance à hospitaliser plus fréquemment les malades. Ces maladies sont :

les dépressions psychoréactionnelles
les névroses non obsessionnelles
l'alcoolisme chronique.

Le caractère commun à ces différentes formes morbides est en quelque sorte leur relative bénignité. Toutes ces maladies sont des troubles de l'adaptation de l'individu à son milieu. Le monde moderne exigeant plus de l'individu aujourd'hui qu'il y a quarante ans, augmentant entre autres la responsabilité de chacun, stimule en même temps des désirs irréalisables. L'adaptation sociale devient, dans ces conditions, toujours plus difficile. On ne saurait alors s'étonner que des troubles latents en 1917 deviennent manifestes aujourd'hui et déclenchent ainsi une crise qui rend l'hospitalisation inévitable. Telles devraient être les raisons de l'augmentation des névroses et des dépressions réactionnelles.

Dans le cas de l'alcoolisme, l'intolérance du milieu à l'égard du malade est évidente. Aucun indice, en effet, ne permet de prétendre que l'alcoolisme en général ait augmenté de 1917 à 1956. Tant les chiffres fournis par la régie fédérale des alcools que l'évolution du delirium tremens laissent penser, au contraire, que la consommation d'alcool par habitant a diminué depuis quarante ans. Et pourtant, les entrées pour alcoolisme chronique ont plus que quintuplé depuis 1917 !

Cependant, en plus de ces formes graves des maladies mentales, il faut tenir compte des névroses et des manifestations psychiques anormales pour lesquelles les malades qui en souffrent ne sont pas hospitalisés : les quelques indications que nous avons relevées sont trop imprécises pour permettre d'articuler, à leur sujet, un chiffre valable.

Plusieurs enquêtes sociales ont été faites ces dernières années en Suisse et à l'étranger pour essayer de préciser **l'importance du problème des enfants inadaptés**. Les chiffres recueillis dans le Jura permettent une estimation qui concorde avec les données recueillies ailleurs.

Parmi les enfants en âge de scolarité, 0,3 à 0,4 % sont inéducables ou semi-éducables (imbéciles ou idiots), 7 % sont retardés dans

leur développement intellectuel (plus de la moitié doivent être considérés comme oligophrènes débiles) et devraient bénéficier de mesures éducatives spéciales, 7,3 % souffrent de troubles perceptifs ou moteurs compromettant leur scolarité et devraient subir un traitement de rééducation (rééducation motrice du langage, ou de troubles dyslexiques), 8 - 9 % présentent des troubles caractériels consécutifs à une éducation perturbée due à un milieu déficient, et le même nombre d'enfants présentent des troubles du comportement, bien que vivant dans un milieu satisfaisant. Ces enfants devraient pouvoir être pris en traitement psychologique avant que leurs troubles n'altèrent la structure de leur personnalité ; 3 - 4 % souffrent de troubles psychologiques graves, névroses ou psychoses : il est indispensable qu'ils puissent bénéficier d'un traitement psychologique en profondeur et de longue durée ; enfin 2 - 3 % ne présentent apparemment aucun trouble psychologique mais vivent dans un milieu très défavorable, où il serait indispensable d'intervenir au point de vue social.

Ces chiffres représentent pour le Jura le travail annuel suivant : 140 cas à examiner et à mettre en classe spéciale, 146 à rééduquer, 320-360 à traiter au point de vue psychologique, où le traitement devra porter également sur les parents, 60-80 à prendre en traitement psychanalytique, 140 cas où un service social devrait intervenir.

Ces chiffres représentent un maximum : il est possible qu'un examen succinct permette de déceler une cause bénigne aux manifestations pathologiques de l'enfant ; même si des mesures ne devaient être prises que dans la moitié des cas, elles représenteraient un travail considérable. Remarquons d'autre part que les troubles des enfants n'ayant pas atteint l'âge de la scolarité et des adolescents ne sont pas envisagés ici.

Les chiffres que nous venons de citer se passent de commentaires. Les problèmes d'hygiène posés par les maladies mentales ou les troubles psychiques de l'enfant et de l'adulte, par la somme de souffrances qu'il représentent pour l'humanité, leurs répercussions économiques et sociales sur la vie du pays, **dépassent de loin en importance ceux posés par les autres maladies**, tuberculose et cancer y compris ; quels sont les moyens à disposition pour y faire face ?

Sur 32 pays, seuls le Canada, la Suède et les USA disposent d'un psychiatre pour 10.000 habitants, chiffre recommandé par l'organisation mondiale de la santé il y a dix ans déjà. La Suisse est encore loin de cette proportion (en moyenne, en 1960, un psychiatre pour 15.000). Dans nos hôpitaux psychiatriques en 1955, 311 médecins — dont une petite proportion seulement sont des spécialistes en psychiatrie — étaient chargés du traitement de plus de 33.000 malades, soit 1 médecin pour 100 malades à peu près. La même proportion se retrouve dans les sanatoria pour malades tuberculeux.

Dans le Jura, l'hôpital psychiatrique de Bellelay compte 420 lits et accepte chaque année environ 300 malades ; le personnel médical se compose de deux médecins spécialistes en psychiatrie et de 4 assistants, ce qui est donc satisfaisant. En revanche, aucun spécialiste en psychiatrie n'est établi dans notre région et les malades, s'ils veulent se faire traiter, doivent faire un voyage important entraînant une perte de gain considérable.

Le traitement psychiatrique demande énormément de temps : il est donc très coûteux ; bien des caisses-maladies n'acceptent pas d'en couvrir les frais. Si l'on pense que le malade mental appartient dans une large proportion aux couches pauvres de la population — et pour cause ! —, que souvent les traitements qu'il a suivis ont englouti toutes ses économies, quand ils n'ont pas compromis la situation financière de toute sa famille, on comprend à quel point le problème de l'hygiène mentale d'un pays est compliqué.

C'est en tenant compte de ces facteurs que la Direction des affaires sanitaires du canton de Berne a envisagé depuis plusieurs années diverses solutions susceptibles de convenir au Jura. En 1945, le Conseil exécutif avait créé provisoirement un service médico-pédagogique, qui avait pour tâche de s'occuper des enfants inadaptés. Ce service s'est développé très rapidement : en 1959, un médecin spécialiste y était occupé à plein temps. On a pensé alors qu'il serait judicieux de transformer ce service de manière à pouvoir, pour l'ensemble du Jura, le charger non seulement du traitement des enfants, mais aussi de celui des adultes souffrant de troubles psychiques. C'est ainsi que le Grand Conseil bernois, dans sa séance du 16 février 1960, était amené à créer le service médico-psychologique.

Complété d'une manière définitive, ce service comprendra 2 médecins spécialistes en psychiatrie, psychiatrie d'enfants et psychothérapie, 4 psychologues, 1 rééducateur et 1 assistante sociale.

Le travail de ce service ne peut porter ses fruits que s'il est fait avec le plein assentiment du malade et la collaboration étroite du médecin de famille.

BIBLIOGRAPHIE

- Pour les renseignements généraux sur l'évolution des notions psychiatriques de base, la classification des maladies mentales et leur symptomatologie, voir « Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie », 3 tomes.
- Concernant les questions de psychiatrie sociale, voir les articles du Dr Sivadond dans la revue française « Encéphale et Hygiène mentale », années 1956-1960.
- On trouvera des renseignements très précis ainsi qu'une bibliographie très complète et commentée sur le problème de l'hospitalisation des malades mentaux, la morbidité des maladies mentales dans la thèse du Dr Pierre Christe « Evolution de la psychiatrie hospitalière », Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie, 1960, vol. 85, fascicules 1-2.
- Quelques chiffres sur les maladies mentales en Suisse se trouvent dans l'Annuaire de statistique suisse 1956.
- Le résultat d'enquêtes sur la fréquence des maladies mentales dans les pays nordiques sont commentés par E. Strömgreen dans les « Comptes rendus du Congrès international de psychiatrie », Hermann, Paris 1950.
- Quelques données sur la fréquence des maladies mentales peuvent être trouvées dans « La psychiatrie dans le monde », fascicule annexe au Traité de psychiatrie, Encyclopédie médico-chirurgicale.
- Enfin, concernant la fréquence des troubles psychologiques chez l'enfant, consulter le compte rendu de l'enquête sociale faite dans le Jura par le Dr Robert Christe et Mlle Idelette Bernel. « Rapport préliminaire sur les besoins de la psychiatrie de l'enfant », Bulletin de l'ADIJ, No 12, 1960, et No 1, 1961 (en appendice, littérature à ce sujet).

