



HAL
open science

Quand la dépression dure : la gestion des dépressions résistant aux traitements dans les services universitaires de psychiatrie : savoirs, innovations, organisations

Alexandre Michel

► To cite this version:

Alexandre Michel. Quand la dépression dure : la gestion des dépressions résistant aux traitements dans les services universitaires de psychiatrie : savoirs, innovations, organisations. Sociologie. Université Paris Cité, 2023. Français. NNT : 2023UNIP7308 . tel-04761717

HAL Id: tel-04761717

<https://theses.hal.science/tel-04761717v1>

Submitted on 31 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Cité

École doctorale Sciences et Sociétés (624)

*Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale et
Société (Cermes3)*

Quand la dépression dure

*La gestion des dépressions résistant aux traitements dans les
services universitaires de psychiatrie : savoirs, innovations,
organisations.*

Par **Alexandre MICHEL**

Thèse de doctorat de Sociologie, Démographie

Dirigée par **Xavier BRIFFAULT**
Présentée et soutenue publiquement

le 09/11/2023

Devant un jury composé de :

Xavier BRIFFAULT, chargé de recherche HDR, université Paris Cité, directeur de la thèse

Nicolas HENCKES, chargé de recherche, CNRS-EHESS, co-encadrant de la thèse

Sophie HOUDART, directrice de recherche, CNRS–université de Nanterre, rapporteur

Benoît MAJERUS, full professor, université de Luxembourg, rapporteur

Isabelle BASZANGER, directrice de recherche émérite, CNRS–EHESS, examinatrice

Baptiste MOUTAUD, chargé de recherche, CNRS–Université de Nanterre, examinateur

Johanne COLLIN, full professor, université de Montréal, examinatrice

Résumé

Titre : Quand la dépression dure. La gestion des dépressions résistant aux traitements dans les services universitaires de psychiatrie : savoirs, innovations, organisations.

Résumé : Depuis leur invention dans les années 1950, les antidépresseurs ont accompagné la prise en charge d'un ensemble de souffrances dont une partie d'entre elles ont dès lors été qualifiées de dépressions. Pourtant, une partie des malades font l'expérience que leur trouble persiste malgré ces molécules et ceux-ci se voient traités par des techniques de dernier recours comme l'électro convulsivothérapie, ancien électrochoc. Cette thèse décrit comment ces dépressions, dites résistantes aux traitements, sont gérées en psychiatrie et notamment son segment universitaire. L'objet de ce travail ne porte pas seulement sur l'essor d'une catégorie, mais surtout sur l'émergence et la mise en acte d'une nouvelle phase de maladie, celle du traitement des dépressions résistantes. Pour cela, je mobilise un corpus documentaire incluant articles médicaux, scientifiques et ouvrages spécialisés ; des entretiens réalisés auprès de psychiatres impliqués dans la promotion de la catégorie et des techniques de dernier recours ; ainsi qu'une enquête ethnographique prolongée au sein d'un service universitaire de psychiatrie. Au croisement d'une sociologie du travail médical, des catégories et des innovations, j'analyse comment la psychiatrie universitaire organise, aujourd'hui, la phase de traitement des dépressions résistantes. Trois quarts de siècle après la « révolution psychopharmacologique », les dépressions qui durent continuent de constituer un défi pour la psychiatrie. Cette thèse propose d'en éclairer les enjeux.

Mots clés : Dépression, électro convulsivothérapie, résistance, savoirs, innovations, organisations, ethnographie

Title: When depression lasts. The management of treatment-resistant depression in university psychiatric departments: knowledge, innovations, organizations.

Abstract: Since their invention in the 1950s, antidepressants have been used to treat a wide range of disorders, some of which have since been classified as depression. However, some sufferers find that their disorder persists despite these molecules and are treated by last-resort techniques such as electroconvulsive therapy (ECT), formerly known as electroshock therapy. This work describes how these so-called treatment-resistant depressions are managed in psychiatry, and in its university segment. The focus of this work is not only on the rise of a category, but also on the emergence and enactment of a new phase of illness, that of the treatment of resistant depressions. To do this, I draw on a body of literature including medical, scientific, and specialized articles; interviews with psychiatrists involved in promoting the category and techniques of last resort; and an extended ethnographic survey in a university psychiatric department. At the crossroads of a sociology of medical work, categories, and innovations, I analyze how university psychiatry today organizes the treatment phase of resistant depression. Three quarters of a century after the "psychopharmacological revolution", long-lasting depression remains a challenge for psychiatry. This work sheds light on the issues involved.

Key words: Depression, electroconvulsive therapy, resistance, knowledge, innovations, organizations, ethnography

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à Nicolas Henckes qui, à la suite du mémoire de master, a su m'accompagner dans ce parcours de thèse. Depuis la recherche d'un contrat doctoral jusqu'aux dernières relectures du manuscrit, son regard critique, mais toujours bienveillant, a réussi à me donner la confiance et les compétences nécessaires à l'aboutissement d'un tel processus.

Je remercie Xavier Briffault d'avoir accepté de diriger la thèse tout en me laissant suffisamment de latitude pour avancer dans le sens que je souhaitais.

Cette thèse doit beaucoup, tant dans sa forme que son contenu, aux nombreux échanges avec Isabelle Baszanger. Elle a su me guider à différents moments clés, de l'élaboration du dispositif de recherche à l'analyse des résultats. Ses conseils et son attention ont eu pour moi une importance capitale.

Je remercie également Baptiste Moutaud pour ses recommandations non moins précieuses et notamment lors des comités de suivi de thèse. Aussi, je remercie Sophie Houdart et Benoît Majerus d'avoir accepté d'être rapporteurs de ce travail. Enfin, je tiens à montrer ma gratitude envers Johanne Collin d'avoir accepté de le lire et de venir le discuter à la soutenance.

Cette thèse a été financée par Université Paris Cité et je tiens à remercier l'équipe pédagogique de l'école doctorale 624.

Ce manuscrit n'existerait pas sans l'accueil chaleureux que m'a fait le service de psychiatrie de la Charité. Je remercie son chef de service pour sa confiance, mais surtout une des psychiatres (qui se reconnaîtra) de m'avoir aidé à entrer sur le terrain et de m'avoir guidé pendant l'année qu'il a duré. Nos échanges sont inscrits dans ce travail autant que dans ma mémoire et je mesure leur valeur inestimable. Je remercie également tous les soignants, médecins, psychologues, assistantes sociales, cadres, mais aussi les patients et leur famille d'avoir accepté ma présence et de s'être livrés sans trop de retenue.

Mes remerciements vont également à mes proches. Ces quelques lignes ne parviendront sans doute pas à traduire tout ce que je sais leur devoir. Aussi je me contenterai de quelques mots pour chacun d'eux, par ordre d'apparition dans mon existence. À ma mère, pour tout son amour et ses relectures patientes. À mon père, pour son affectueuse exigence... et les tours de vélo. Je remercie leurs conjoints et conjointes respectives pour leur tendresse et leur écoute. À ma sœur, qui en dépit de la distance (osti de Covid !) a toujours su trouver les mots pour m'apaiser dans les moments difficiles. À ma grand-mère qui aurait tellement aimé survivre à ces 5 années. Je sais que tu es fière de moi. À mes amis d'enfance : Pauline, Philippe, Lili. Votre soutien a été

d'une importance centrale. À mes amies de faculté de médecine, Julie Reinnaise, Amélie et Camille, vos éclats de rire auront rendu ce parcours plus doux.

Mylène, tu as été plus qu'une amie : colocataire, confidente, collègue, relectrice... Cependant, cette liste ne saurait rendre compte de ce que tu représentes à mes yeux. Ce travail existe grâce toi : au-delà des relectures, des conseils et des idées que tu m'as prodiguées, l'amour que tu m'as donné m'a sans doute porté plus que tu ne l'imagines.

Romain. Cette thèse a contribué à nous transformer. Si nous n'avons pas su *résister* à cette épreuve, ce travail garde la marque de ce que tu lui as insufflé pendant ses premières années. Je ne saurais probablement plus te remercier suffisamment, du moins pas à la hauteur de ce qu'il te doit.

Je remercie Alexandre qui, en plus d'être un guide depuis une dizaine d'années, a été un relecteur d'une aide précieuse. Je remercie également mes amis de sociologie qui ont été des compagnons de route autant que des exemples : Ivan, Marcos, Tonya, Pierre, Vincent, Alice, Iris, Isaora.

Je remercie mes collègues et amis Vincent et Élie, pour leur soutien sans faille depuis ces deux dernières années. Le retour à la clinique après trois années de thèse n'était pas gagné, et vous avez réussi à le rendre agréable. Je remercie également tous mes collègues de Robert Debré pour leur soutien dans les derniers moments de cette thèse.

Enfin, Axel, tu as égayé ces derniers mois de thèse et constitué un grand soutien pour réussir à finir.

Table des matières

Résumé	2
Remerciements	4
Table des matières	6
Abréviations.....	12
Préambule.....	14
Introduction	16
1. Réinventer les interventions sur les maladies chroniques en psychiatrie : l'émergence des dépressions résistant aux traitements.....	17
1.1 Les mutations de la chronicité jusqu'à l'ère des psychotropes	18
1.2 Réguler des techniques contestées : la contre-offensive de la TRD	20
1.3 Repousser la chronicité déjà présente.....	23
2. La phase de traitement de la résistance dans les trajectoires de maladie à l'hôpital.....	26
3. Mais où est la dépression résistante ? Quand chercher c'est déjà trouver.	29
4. « Ça va intéresser notre sociologue ! » et « toi qui es médecin, tu en penses quoi ? » : trouver sa place d'ethnographe à l'hôpital.....	35
5. Organisation de la thèse	37
Première partie : Le pouvoir mobilisateur d'une catégorie introuvable	40
Chapitre 1 : Entre malades résistants et maladies résistantes. La carrière du concept de résistance aux XIXe et XXe siècles.	41
1. Lever les résistances à l'institution psychiatrique (1800-1920).....	42
1.1 Le traitement moral de Pinel : lever la résistance des malades	42
1.2 Se résister à soi-même : la naissance de la résistance inconsciente	44
2. Traitements de choc, corps résistants (1920-1950).....	46
2.1 L'invention des chocs.....	46
2.2 Théoriser la résistance du corps des malades mentaux	50
3. Définir les troubles résistant aux psychotropes (1950-1990).....	52
3.1 Décrire les effets neuroleptiques et antidépresseurs.....	53
3.2 Créer et diffuser des standards : essais cliniques, échelles de symptômes et classifications diagnostiques.....	55
3.3 <i>Resistant depression</i> et <i>resistant schizophrenia</i> : émergence de deux catégories.....	59
Conclusion du chapitre 1 :	63

Chapitre 2 : L'invention d'une catégorie d'attente, la dépression résistant aux traitements (TRD)

.....	65
1. Poser le problème : le symposium de Bâle de 1973	66
1.1 Cadrer le questionnement	67
1.2 Pointer les obstacles à la formalisation d'une définition	67
1.3 Un élan insuffisant pour fédérer une communauté de recherche	69
2. Opérationnaliser la dépression résistant aux traitements (fin des années 1980 — fin des années 1990)	71
2.1 Reconnaître les formes chroniques de dépression.....	71
2.2 Intégrer les outils standardisés dans les définitions de la dépression résistante	73
3. Entre approche catégorielle et processuelle : deux voies possibles pour la standardisation (fin des années 1990-2020)	75
3.1 La TRD comme catégorie	75
3.2 La TRD comme processus : le succès de STAR*D	77
3.3 Après STAR*D : le sort de la TRD.....	79
4. La TRD en France	84
5. Une autre histoire : la schizophrénie résistant aux traitements.....	85
Conclusion du chapitre 2 :	88

Chapitre 3 : Techniques controversées, maladies résistantes. Histoires croisées de trois

traitements de dernier recours	90
1. « C'est un danger que cette procédure soit sous-utilisée alors que c'est la plus efficace ». Rendre le déclin de l'électro convulsivothérapie intolérable.....	92
1.1 Caractériser les risques : de l'expansion de la technique à sa remise en cause	93
1.2 S'engager dans une promotion modérée de l'ECT	96
1.3 Lutter contre le déclin de l'ECT. La riposte des promoteurs radicaux	100
Contrepoint : « <i>Repetitive transcranial magnetic stimulation in non-treatment-resistant depression</i> ».	
Donner une place à la rTMS en dehors de la résistance.....	104
2. « Il fallait faire en sorte que ce traitement ne soit pas abandonné ». Sauver les IMAO de la décommercialisation.....	104
2.1 Faire des IMAO, des traitements inefficaces et dangereux	105
2.2 Organiser la démonstration de l'efficacité des IMAO dans les dépressions résistantes.....	108
2.3 Les IMAO en France : maintenir la disponibilité du Marsilid.....	109
3. « C'est la plus grande avancée dans le champ des antidépresseurs depuis les années 1950 ». Faire de la kétamine un succès de la définition opérationnelle de TRD.	113
3.1 Un anesthésiant aux effets psychiques embarrassants	114
3.2 Du récepteur NMDA à la théorie « glutamatergique » de la dépression : la kétamine au laboratoire de neurosciences	116

3.3	Entre promotion radicale et modérée d'un traitement « révolutionnaire ».....	118
3.4	L'eskétagmine : une innovation en trompe-l'œil ?.....	120
	Conclusion du chapitre 3 :.....	123
	Chapitre 4 : Mutations d'un segment professionnel, les psychiatres universitaires.....	125
1.	La neuropsychiatrie universitaire à la libération (1945-1960).....	126
1.1	Trois segments professionnels.....	126
1.2	Réformer la formation des psychiatres et l'organisation de la spécialité.....	129
1.3	Deux réformes aux effets contradictoires : la réforme Debré et la circulaire de 1960.....	131
2.	L'organisation de la neuropsychiatrie universitaire remise en question (1961-1985).....	134
2.1	Les journées psychiatriques du livre blanc.....	134
2.2	1968-1969 : l'amorce d'une victoire pour les psychiatres des HP.....	137
2.3	Entre clinique et recherche : fonder la psychiatrie biologique.....	139
3.	La psychiatrie universitaire réaffirme son hégémonie (1985-2000).....	141
3.1	La réforme du diplôme d'études spécialisées : reprendre la main sur l'enseignement de la discipline.....	142
3.2	Renforcer les liens entre recherche clinique et fondamentale.....	143
3.3	Le triomphe de l'hôpital universitaire comme « plateau technique ».....	144
4.	La psychiatrie universitaire et ses réseaux (2000-2022).....	145
4.1	Renforcer sa position dominante par la spécialisation.....	146
4.2	S'organiser en réseau.....	148
	Conclusion du chapitre 4 :.....	155
	Conclusion de la première partie : Une catégorie qui résiste aux tentatives de définition	157
	<i>Deuxième partie : Faire vivre le dispositif de prise en charge des dépressions résistantes.</i>	
	<i>Une pragmatique du mouvement.....</i>	159
	Chapitre 5 : L'hôpital technique en psychiatrie : expérimenter et mettre en mouvement le dispositif thérapeutique.....	161
1.	Un espace fragmenté en une multitude d'unités.....	164
1.1	Des espaces en mutation.....	164
1.2	La Charité : un service universitaire de psychiatrie dans un hôpital général.....	165
1.3	Définir les objectifs d'une unité.....	167
2.	Un groupe hétérogène de soignants aux parcours contrastés.....	170
2.1	Faire carrière dans le segment universitaire de la psychiatrie.....	170
2.2	Orchestrer le travail des soignants.....	174
2.3	Coordonner les temps de travail.....	176
3.	Faire circuler les patients dans les unités.....	179
3.1	Les conditions de l'adressage.....	179

3.2 Organiser une filière d'adressage.....	182
3.3 Sélectionner des profils de malades.....	183
3.4 Gérer le processus d'adressage.....	185
3.5 Les règles de conduite dans la relation d'adressage	188
4. Constituer, gérer et entretenir le plateau technique	190
4.1 Travailler avec des outils techniques.....	190
4.2 Innover en psychiatrie : la place de l'expérimentation dans les services universitaires.....	193
Conclusion du chapitre 5 :.....	197
Chapitre 6 : Évaluer collectivement des situations de maladie	199
1. Organiser l'évaluation des situations de maladie.....	201
1.1 Le travail d'évaluation	202
1.2 Les visites médicales : dégager des éléments travaillables.....	206
1.3 Les synthèses : coordonner les évaluations.....	209
2. Le contenu du travail d'évaluation	212
2.1 Sauver la vie en psychiatrie ? Le travail de sécurité	213
2.2 Travail de confort et travail sentimental : les ambiguïtés de la présence des patients à l'hôpital.....	215
2.3 La dimension morale du travail des patients	219
3. Formuler des diagnostics	224
3.1 Les composants d'un diagnostic.....	225
3.2 Reformuler les diagnostics.....	229
Conclusion du chapitre 6 :.....	231
Chapitre 7 : Faire avancer les choses. Suivre l'évolution des malades à l'hôpital.....	232
1. Prendre le contrôle des situations de maladie.....	234
1.1 Expliquer la perte de contrôle sur la maladie	234
1.2 Qualifier la perte de contrôle sur la maladie : situations critiques et immobiles.....	242
1.3 Gérer les contingences et les échecs.....	246
2. Suivre l'évolution des situations de maladie.....	248
2.1 Les visites de suivi : convaincre les patients qu'ils vont mieux	248
2.2 En synthèse : travailler des objectifs communs	256
3. Organiser la sortie	262
3.1 Préparer la sortie.....	262
3.2 Mettre les malades à l'épreuve : stimulations et permissions.....	265
3.3 Organiser le relai à l'extérieur	268
3.4 Changer les malades.....	270
Conclusion du chapitre 7 :.....	273
Conclusion de la deuxième partie : Politiques d'un dispositif (du) vivant	275

Troisième partie : Du bon usage des traitements de la résistance..... 277

Chapitre 8 : En dernier recours, organiser la survenue des miracles 279

1. Traiter par ECT : les emplois ardu du traitement « miracle »	281
1.1 Faire accepter et se résigner	282
1.2 Les séances d'ECT : ajuster le travail psychiatrique à celui de l'équipe d'anesthésie.....	287
1.3 Mener une cure d'ECT : effacer les traces des séances, construire l'efficacité.....	292
2. Prescrire un antidépresseur IMAO : et si ça fonctionnait ?.....	296
2.1 organiser collectivement la prescription d'IMAO dans un contexte contraint	296
2.2 Concevoir et mobiliser les IMAO : du traitement d'attente au traitement de dernier recours	299
2.3 Communiquer aux patients leurs espoirs	303
3. Les difficultés à faire advenir une révolution thérapeutique annoncée : le miracle des perfusions de kétamine	305
3.1 Un contexte expérimental	306
3.2 Trouver une place pour mobiliser la kétamine	307
3.3 Parler de la kétamine aux patients.....	308
3.4 Guider l'expérience des perfusions	310
3.5 Partager collectivement les effets des perfusions.....	314
Conclusion du chapitre 8 :.....	316

Chapitre 9 : La phase de traitement de la résistance ou les paris sans fin de la dernière chance

..... 318

1. Entrer dans la phase de résistance	320
1.1 Définir la résistance : les paris de la dernière chance.....	323
1.2 Décider d'une option thérapeutique.....	329
1.3 Organiser le traitement	334
2. Progresser dans la phase de la résistance et en sortir : la difficile gestion du temps.....	339
2.1 Conduire un cycle de prescription : le patient est-il revenu à son état antérieur ?.....	340
2.2 Clôturer la phase de résistance : s'arrêter ou reprendre.....	343
2.3 Préparer l'après et gérer l'état stabilisé au long cours	346
Conclusion du chapitre 9 :.....	351

Conclusion de la troisième partie : L'omniprésence d'une catégorie absente..... 353

Conclusion générale..... 355

1. L'expérimentation dans la phase des traitements de la résistance. Une dimension « non théorisable » de la pratique psychiatrique ?	356
2. Résistance et sévérité, les ambiguïtés des conceptions de la vie en psychiatrie	358
3. Le retour des patients au cœur d'une catégorie biomédicale.....	361

Annexes 365

Annexe 1 : Glossaire des termes psychiatriques	365
Annexe 2 : Index des noms de médicaments	367
Annexe 3 : Description du terrain de la Charité	369
Annexe 4 : extrait de journal de terrain	372
Annexe 5 : Extrait d'entretien avec une psychiatre.....	376
Annexe 6 : Lettres d'information aux professionnels et aux patients	379
<i>Bibliographie</i>	383
1. Sources primaires	383
2. Sources secondaires	400

Abréviations

- AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- AG** : Anesthésie Générale
- AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché
- ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé
- ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- APA** : *American Psychiatric Association*
- ATHF** : *Antidepressant Treatment History Form*
- ATU** : Autorisation Temporaire d'Utilisation
- BREF** : Batterie Rapide d'Efficiency Frontale
- CADSS** : *Clinician Administered Dissociative States Scale*
- CCA** : Chef de Clinique Assistant
- CES** : Certificat d'Études Spécialisées
- CHT** : Communauté Hospitalière de Territoire
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CIM** : Classification Internationale des Maladies
- CME** : Commission Médicale d'Établissement
- CMME** : Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
- CMP** : Centre Médico-Psychologique
- CNRS** : Centre National de la Recherche Scientifique
- DBS** : *Deep Brain Stimulation* (Stimulation Cérébrale Profonde)
- DES** : Diplôme d'Études Spécialisées
- DSM** : *Diagnostic and statistical manual* (Manuel Statistique et Diagnostic)
- DTD** : *Difficult to Treat Depression* (dépressions difficiles à traiter)
- ECT** : Électro Convulsivothérapie
- EDC** : Épisode Dépressif Caractérisé
- EEG** : Électro Encéphalogramme
- ETT** : Échocardiographie Trans-Thoracique
- FDA** : *Food and Drug Administration*
- GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

GHU : Groupement Hospitalier Universitaire
HAS : Haute Autorité de Santé
HDJ : hôpital de jour
HDRS : *Hamilton Depression Rating Scale*
HP : Hôpitaux Psychiatriques
HPST : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État
IMAO : Inhibiteur de la monoamine oxydase
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
I(S)RS : Inhibiteur (Sélectif) de la Recapture de la Sérotonine
IRSNa : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
MADRS: *Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale*
MCU-PH : Maître de Conférence des Universités Praticien Hospitalier
NIMH: *National Institute of Mental Health*
NMDA : N-Methyl-D-Aspartate
PH : Praticien Hospitalier
PL : Ponction Lombaire
PU-PH : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
SIGAPS : Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
SHU: Service Hospitalo-Universitaire
SM: *Staging Methods*
STAR*D : *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*
TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
rTMS : *repetitive Transcranial Magnetic Stimulation* (stimulation magnétique transcrânienne répétitive)
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
TRD : *Treatment Resistant Depression* (dépression résistant aux traitements)
TRS : *Treatment Resistant Schizophrenia* (schizophrénie résistant aux traitements)
TS : Tentative de Suicide
VNS : *Vagus Nerve Stimulation* (stimulation du nerf vague)
WPA : *World Psychiatric Association*

Préambule

« Nous présentons l'observation de Mme B, 71 ans, hospitalisée pour une mélancolie délirante chronicisée compliquant un trouble dépressif récurrent¹. Son trouble est caractérisé par une résistance aux traitements ancienne, laquelle est devenue compliquée à gérer devant l'aggravation symptomatique récente associée à une forte composante délirante. Il existe d'importants symptômes résiduels entre les épisodes qui la handicapent dans la vie quotidienne. Après un passage en unité spécialisée dans la dépression résistante, des traitements de dernier recours avaient été envisagés. Toutefois, l'association de son antidépresseur habituel à du clonazépam à forte dose, substituant son anxiolytique de référence, a amené une rémission spectaculaire qui semble se maintenir dans le temps »

Cet extrait provient du résumé d'un travail universitaire que j'ai mené en 2014 pour valider mon diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie. Ce travail devait être rédigé sous la forme d'un article biomédical, plus précisément comme un *case report*. J'étais alors interne en première année dans une unité universitaire de psychiatrie en banlieue parisienne. Je m'occupais de cette patiente sous la supervision de la psychiatre responsable de l'unité. Comme je l'indique dans l'extrait, elle restait dans un état de dépression sévère malgré de nombreux traitements, dont plusieurs cures d'électro convulsivothérapie (ECT) : elle avait une dépression résistante aux traitements. L'aggravation récente de son état nous posait deux problèmes : il fallait à la fois traiter la crise aiguë et gérer une trajectoire de maladie au long cours. Lors d'une réunion médicale du service, un des médecins rapporta l'existence de données sur l'efficacité du clonazépam² dans les dépressions résistantes. Ce médicament de la classe des benzodiazépines était habituellement prescrit comme anxiolytique, mais administré à forte dose et combiné à un antidépresseur, il pouvait aider dans le traitement des dépressions résistantes. À la suite de cette présentation, la responsable de l'unité avait entrepris une recherche bibliographique pour apprendre à manier la molécule à ces doses inhabituelles et m'indiqua comment initier et conduire le traitement. Cependant, depuis 2011, du fait du potentiel d'abus de la substance, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) avait

¹ L'annexe 1 comprend un glossaire des termes médicaux

² L'annexe 2 dresse un tableau récapitulatif des molécules utilisées en psychiatrie

restreint l'usage du clonazépam aux neurologues et aux pédiatres, excluant de fait les psychiatres. Nous avons dû demander au service de neurologie de l'hôpital de signer la première prescription.

L'histoire que je racontais dans ce travail était celle de la guérison miraculeuse d'une patiente en apparence incurable. L'enthousiasme que j'exprimais portait à la fois sur l'amélioration de son état et sur le fait d'avoir évité l'utilisation de traitements de derniers recours, comme une nouvelle cure d'ECT. Nous pouvions ainsi garder ceux-ci en réserve, nous garantissant une capacité d'action pour l'avenir. De plus, c'était un plaidoyer pour faire reconnaître l'utilité de cette molécule dans les situations de dépression résistante. Nous appelions d'autres psychiatres à organiser des collaborations avec des neurologues pour le prescrire. La responsable de l'unité m'avait conduit à mener un travail critique : nous déplorions le manque de recommandations nationales pour gérer les dépressions résistantes ; nous demandions que soient montés des « centres experts » pour ces états ; enfin, nous dénoncions l'absence d'intérêts financiers de l'industrie pharmaceutique à promouvoir cette molécule déjà ancienne, mais aussi le préjudice porté par l'AFSSAPS aux prescripteurs et aux patients. Cette « découverte » n'a pourtant pas fait florès et, à ma connaissance, aucun psychiatre n'utilise cette molécule dans les dépressions résistantes aujourd'hui. Dans cette anecdote, j'ai joué un rôle minime, j'étais principalement le porte-voix d'une psychiatre universitaire engagée dans le diagnostic et le traitement des dépressions résistantes.

J'ai cependant fait l'expérience d'un ensemble d'enjeux qui traversent les questions de résistance aux traitements. Tout d'abord, pourquoi certaines molécules sont-elles réservées aux cas les plus graves et ne sont pas utilisées de façon routinière ? À qui le sont-elles ? Comment détermine-t-on leurs usages ? Quels échecs thérapeutiques sont qualifiés de résistants ? Pourquoi certains services sont-ils spécialisés dans l'administration de ces thérapies et comment les malades y sont-ils adressés ? Avec cette thèse, j'ai voulu me décaler de la position médicale et répondre à ces questions avec un regard sociologique. Ce travail s'appuie ainsi sur une recherche ethnographique menée dans plusieurs services universitaires parisiens et sur la constitution d'un corpus de publications psychiatriques. J'analyse ces questions au croisement d'une sociologie des pratiques médicales, des catégories, des sciences et des techniques, et des organisations.

Introduction

Depuis la fin des années 2000, en France, les dépressions résistantes sont devenues la cible d'interventions et d'organisations spécifiques, de projets de recherche et de politiques de santé publique. La plus visible de ces entreprises est sans doute la mise sur pied, en 2012, d'un vaste réseau de « centres experts » spécialisés dans les dépressions résistantes sur le territoire métropolitain par la fondation FondaMental³. Ces centres experts proposent des évaluations pluridisciplinaires de patients adressés par des psychiatres libéraux et des médecins généralistes. Cette initiative a été suivie par d'autres services universitaires parisiens, qui ont monté des consultations spécialisées du même type. Ces organisations ont en commun de promouvoir la recherche fondamentale, visant à comprendre les mécanismes physiopathologiques conduisant à la résistance aux médicaments. FondaMental finance, par exemple, des recherches en génétique ou encore sur l'implication de l'inflammation dans la résistance aux traitements⁴. De plus, la fondation s'efforce de faire de la dépression résistante un problème de santé publique. En 2019, des psychiatres membres du réseau ont publié une étude basée sur les chiffres du système national des données de santé : ils estimaient qu'en France, entre 15 et 30 % des patients suivis pour dépression souffraient de dépression résistante⁵. Ils relevaient par ailleurs qu'aux États-Unis, sur les 106 à 118 milliards de dollars que coûte la dépression, 29 à 48 milliards sont attribuables à la dépression résistante. La Fondation s'est également engagée dans la publication de recommandations professionnelles.

Plus récemment, en 2020, un premier médicament a obtenu une autorisation de mise sur le marché dans l'indication de la dépression résistante aux traitements : le Spravato®, ou eskétamine. Reprenant des essais cliniques montrant l'efficacité de perfusions de kétamine sur les dépressions résistantes, la firme a testé une molécule qui en était dérivée⁶. Le médicament s'administre par voie intranasale, en milieu hospitalier. Son arrivée a suscité un fort enthousiasme dans la communauté des psychiatres, en particulier universitaires, comme en témoigne le nombre important de communications dans des colloques nationaux et internationaux. Un des facteurs de cet enthousiasme réside dans l'hypothèse que la kétamine et

³ <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/depression-resistante/la-maladie>. La fondation émane de la réponse de plusieurs centres universitaires de psychiatrie à un appel à projet pour des financements européens visant à organiser des activités de recherche et de clinique.

⁴ <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/depression-resistante/la-recherche>

⁵ (Bosco-Levy et al., 2019)

⁶ Il s'agit plus exactement d'un énantiomère de la kétamine, c'est-à-dire une de ses deux configurations moléculaires

l'eskétamine agirait par un autre mécanisme biologique que les antidépresseurs existants jusque-là. À cette occasion, de nombreux articles de presse ont relayé l'information. En avril 2019, interrogeant des psychiatres et des responsables de la firme, le journal Les Échos titre ainsi *La kétamine, un espoir contre les dépressions résistantes*. À ma connaissance, ces articles sont les premiers à aborder la dépression résistante auprès du grand public.

Si la dépression résistante aux traitements n'a été à l'origine d'innovations techniques et institutionnelles que de façon récente, elle est travaillée comme catégorie depuis une cinquantaine d'années en Europe et en Amérique du Nord. Ses artisans problématisent sous un angle nouveau un ensemble de questions relatives au bon usage des thérapeutiques, d'une part, et à la chronicité des maladies mentales, d'autre part. Alors que dans le cas de la schizophrénie le problème de la résistance aux traitements est soulevé dès les années 1930, il ne l'est pour la dépression qu'à la fin des années 1960. Ces interrogations émergent une dizaine d'années après la description des premiers médicaments antidépresseurs. À partir du milieu des années 1970, une poignée de psychiatres, évoluant pour la plupart dans les sphères universitaires de la discipline, s'efforce de définir la notion dans l'espace des publications médicales. Bien que travaillée dans des sens différents selon les auteurs, la catégorie de *treatment resistant depression* (TRD) fait l'objet d'un nombre croissant de publications médicales et scientifiques. Celles-ci promettent de résoudre un ensemble de problèmes pratiques : qu'est-ce qu'un traitement adéquat ? Comment et quand mobiliser certaines techniques ? Que peut-on attendre de celles-ci ? Jusqu'où doit-on aller pour espérer obtenir une amélioration clinique ? Au-delà de ces questionnements, les auteurs prennent position en faveur de techniques spécifiques qui visent à éviter que les dépressions ne deviennent chroniques. Ces discours s'inscrivent dans un contexte de profondes mutations dans le champ de la psychiatrie et de la médecine en général que je résume rapidement dans la section suivante.

1. Réinventer les interventions sur les maladies chroniques en psychiatrie : l'émergence des dépressions résistantes aux traitements

Les publications sur la TRD questionnent ainsi à la fois les conditions d'utilisation de certaines techniques thérapeutiques et leur portée, avec notamment l'espoir d'éviter la chronicité. Par chronicité, les auteurs entendent généralement l'installation dans la durée d'une pathologie incurable. L'apparition de ces interrogations est contemporaine de la montée des régulations des méthodes de traitement, et de la reconnaissance croissante du caractère

chronique de certaines pathologies autant qu'un changement de regard sur elles. Dans ce contexte nouveau, la résistance vient qualifier un sous-ensemble de problèmes spécifiques posés par l'évolution de certains états psychopathologique, celui des échecs thérapeutiques. Ce faisant, elle reformule et déplace en même temps le problème de la chronicité en psychiatrie. Dans les services prenant en charge ces états, ces mutations aboutissent à l'émergence de nouvelles façons d'envisager la thérapie et de travailler les trajectoires de maladies : le traitement des dépressions résistantes.

1.1 Les mutations de la chronicité jusqu'à l'ère des psychotropes

Du début du XXe siècle aux années 1960, on assiste en psychiatrie à l'émergence d'un nouveau modèle thérapeutique, celui des interventions sur le corps, qui culmine dans les années 1950 avec l'invention de molécules psychotropes aux effets inédits. Ces dernières viennent incarner l'idée qu'une révolution thérapeutique est en train de se produire au sein de la discipline. Ces pratiques sont associées à un éthos professionnel caractérisé par un interventionnisme acharné qui évolue dans un contexte de faible régulation de l'usage de ces techniques.

Jusque dans les années 1950, la chronicité en psychiatrie est synonyme d'une vie passée à l'hôpital autant qu'elle qualifie l'évolution de certaines psychoses : c'est à la fois une condition et un destin⁷. Les psychiatres ont cependant souvent affirmé leur refus de renoncer à la guérison des patients chroniques. Ainsi, à l'aube du XXe siècle, certains ont notamment décrit des cas de guérison tardive, c'est-à-dire d'amélioration spectaculaire des années après le début de la maladie⁸. L'ambition de guérir les maladies mentales est rapidement nourrie par la description d'une série de méthodes reposant sur une intervention directe sur le corps. Joel Braslow analyse comment, dans la première moitié du XXe siècle, un ensemble de techniques allant de l'hydrothérapie à la lobotomie ont de façon croissante été rapportées pour leur action supposée sur le cerveau des malades⁹. Un jalon important de cette histoire réside dans l'invention, dans les années 1920, des méthodes dites de choc. Celles-ci visent à modifier brusquement l'équilibre de l'organisme des malades par l'introduction de substances dans leur corps et dans le but de soigner les pathologies mentales. Ainsi, en 1926, dans leur *traitement des maladies mentales*, Constance Pascal et Jean Duvesne invitent les psychiatres « [à refuser

⁷ (Henckes, 2011)

⁸ *Ibid.*

⁹ (Braslow, 1997)

d'] assister sans armes à la marche fatale des psychoses [de] constater avec indifférence l'immobilité démentielle et le passage à la chronicité»¹⁰. Ils écrivent, de plus, que « la chronicité ne peut être affirmée qu'après l'épuisement de toutes les méthodes thérapeutiques »¹¹. La chronicité, telle qu'elle est entendue par ces auteurs et autrices, décrit un horizon qu'il convient d'éviter par tous les moyens, y compris en démultipliant les interventions. Après un succès mitigé dans les années 1920¹², cette approche culmine dans la décennie suivante au cours de laquelle sont inventés les chocs à l'insuline et les électrochocs. En Europe et en Amérique du Nord, le succès est tel que leur usage se généralise et s'intensifie. Hervé Guillemain qualifie cette attitude de « nouvelle politique d'acharnement thérapeutique »¹³.

Dans les années 1950, avec la découverte de nouveaux médicaments psychotropes, cette façon d'intervenir sur les maladies mentales se prolonge. Ces molécules sont rapidement perçues comme une révolution thérapeutique¹⁴ : supposées agir spécifiquement sur certaines pathologies, elles promettent à la fois de venir à bout de l'incurabilité des maladies mentales, de vider les institutions psychiatriques et de transformer le rapport de la psychiatrie à la thérapie. En 1952, les psychiatres Jean Delay et Pierre Deniker décrivent ainsi les effets « neuroleptiques » de la chlorpromazine, et les années suivantes voient industriels et psychiatres synthétiser et caractériser un nombre croissant de molécules aux propriétés analogues. Rapidement, la recherche conduit à en stabiliser une classification selon leurs effets : antipsychotiques, antidépresseurs, anxiolytique et hypnotique¹⁵. La description des antidépresseurs, notamment, conduit à réorganiser les classifications des maladies mentales en créant la catégorie de dépression à partir de la réunion d'une série d'entités diagnostiques¹⁶.

Dans un premier temps, le modèle de cure développé par les psychiatres repose sur la conception holistique élaborée dans l'entre-deux-guerres autour des méthodes de choc. Mais dans les années 1960, une série de recherches identifie l'action des neuroleptiques et des antidépresseurs sur un ensemble de récepteurs cérébraux. Ce résultat conduit les psychiatres à suggérer que les premiers pourraient être des médicaments spécifiques de la schizophrénie, et les seconds de la dépression¹⁷. Dans le même temps, dans la plupart des pays occidentaux, le

¹⁰ (Pascal & Duvesne, 1926)

¹¹ *Ibid.*

¹² (Henckes, 2007)

¹³ (Guillemain, 2018)

¹⁴ (Henckes, 2016)

¹⁵ (Thuillier, 2003)

¹⁶ (Ehrenberg, 2008)

¹⁷ (Henckes, 2016; Moncrieff, 2008, 2013)

nombre des malades hospitalisés en psychiatrie a commencé à baisser, paraissant ainsi réaliser la promesse des promoteurs des chimiothérapies. De fait, un nombre croissant de malades considérés comme chroniques sont pris en charge dans des structures extrahospitalières avec des retours réguliers à l'hôpital à l'occasion des moments d'aggravation¹⁸. Dans un rapport de 1964, les psychiatres Lucien Bonnafé, Louis Le Guillant et Hubert Mignot parlent de la « clientèle chronique intermittente » des hôpitaux psychiatriques¹⁹. Dans ce moment de « révolution thérapeutique », ces psychiatres suggèrent que l'objectif des traitements réside moins dans le fait de venir à bout de la chronicité que la réadaptation des patients à leur environnement²⁰.

Jusque dans les années 1970, l'usage de ces molécules reste très peu régulé. Fort de l'idée qu'ils ont affaire à des traitements révolutionnaires, les psychiatres endossent une posture d'héroïsme thérapeutique caractérisée par une certaine prise de risque²¹. Engagés personnellement auprès des malades, ils assument la responsabilité de ces risques. En l'absence de standards concernant la conduite d'une cure, dans certains cas, ils prescrivent des doses massives de médicaments. En outre, ils les associent aux méthodes de choc et recourent encore à la psychochirurgie²². Enfin, les essais thérapeutiques de nouvelles molécules sont effectués en dehors de tout cadre juridique et éthique.

1.2 Réguler des techniques contestées : la contre-offensive de la TRD

Cette façon d'agir sur les maladies mentales est progressivement remise en cause dans la deuxième moitié du XXe siècle alors que les pratiques psychiatriques sont de plus en plus contestées et contrôlées. En effet, à partir des années 1950, la médecine tout entière, et la psychiatrie avec elle voient leur régulation subir de profonds changements. La catégorie de TRD émerge alors de la nécessité d'organiser le recours à certaines techniques controversées. Elle prolonge les réflexions sur la chronicité autant qu'elle contribue à en évacuer une partie du contenu.

Au cours des années 1960, un nouveau modèle pour la recherche clinique s'impose, l'essai contrôlé randomisé (*Randomized controlled trial* en anglais ou RCT)²³. Appliquant cette

¹⁸ (Estroff, 1985; Guillemain, 2018; Henckes, 2007)

¹⁹ (Bonnafé et al., 1964)

²⁰ (Henckes, 2011)

²¹ (Artières & Henckes, 2023)

²² (Pressman, 2002)

²³ (Marks, 2000)

méthodologie, les auteurs tentent de prouver l'intérêt d'une molécule ou d'une intervention sur un groupe de patients en comparaison avec un autre aux caractéristiques similaires recevant un placebo ou une intervention de référence. En psychiatrie, ce type de recherche est couplé à la création d'un ensemble d'outils standardisés visant à systématiser le recueil des symptômes²⁴. À la fin des années 1960, ces échelles permettent de montrer l'efficacité des antidépresseurs dans les premiers essais cliniques. Cela contribue à renforcer l'image de la dépression comme maladie curable à court terme²⁵. Outre un changement dans la manière d'administrer la preuve en thérapeutique, l'émergence des RCT s'accompagne de profonds remaniements au sein de la profession médicale et à l'interface avec d'autres acteurs qui entrent alors dans l'arène. On assiste à l'apparition d'une véritable culture de l'expérimentation clinique dans les services de soin²⁶. Parallèlement, avec la création d'agences gouvernementales, les États régulent de façon croissante les innovations biomédicales et particulièrement la mise sur le marché des molécules²⁷. Ces agences appuient leurs décisions sur la réalisation de RCT. Dirigées par les firmes pharmaceutiques, ces études sont menées dans les grands centres universitaires des pays industrialisés et les malades sont recrutés dans de vastes réseaux biomédicaux²⁸.

De façon concomitante, à la fin des années 1960, les pratiques psychiatriques font l'objet de violentes critiques provenant d'horizons divers. L'antipsychiatrie, incarnée par des figures comme Thomas Szasz aux États-Unis, David Cooper en Grande-Bretagne ou Franco Basaglia en Italie, en a probablement été la face la plus visible. Le mouvement a concentré ses oppositions sur un ensemble de pratiques et notamment l'enfermement ou l'électrochoc. Ces contestations se sont également exprimées dans l'arène juridique, en particulier concernant certains effets secondaires des neuroleptiques, appelés dyskinésies tardives²⁹. Dans les années 1970, aux États-Unis, une série de procès intentés par des patients à l'encontre d'hôpitaux psychiatriques, aboutit à la reconnaissance d'un préjudice. Ces affaires conduisent les psychiatres à tempérer l'idée que les neuroleptiques constituent une révolution thérapeutique. Enfin, plus largement, des mouvements pour l'obtention de droits civiques émanant de plusieurs groupes sociaux — dont les homosexuels, les vétérans de la guerre du Vietnam, ou les Afro-Américains — contestent le monopole de la psychiatrie à définir certains états et le type de solution à y apporter³⁰. Ces revendications contribuent à la généralisation

²⁴ (Demazeux, 2019)

²⁵ (Worboys, 2013)

²⁶ (Keating & Cambrosio, 2011)

²⁷ (Löwy, 1996)

²⁸ (Dodier & Camus, 1997a)

²⁹ (Henckes, 2016)

³⁰ (Demazeux, 2013)

d'outils standardisés dont l'exemple le plus célèbre est sans doute l'élaboration dans les années 1970 de la 3e version du manuel diagnostique et statistique (DSM III) par l'association américaine de psychiatrie.

C'est dans ce contexte qu'un certain nombre de thérapies utilisées en psychiatrie ont vu leur usage règlementé, limité, voire interdit, et ce par différents canaux. Celles-ci peuvent être encadrées par des *textes de loi*. Dans les années 1970, l'électrochoc et la lobotomie ont ainsi été interdits dans certains pays ou régions. Dans d'autres, leur usage a été restreint à certaines situations cliniques, avec des précautions d'emploi et après obtention du consentement des patients. En France, par exemple, un texte de loi impose que l'anesthésie générale des séances d'ECT soit réalisée en salle de réveil. Ce processus de régulation passe également par les *agences gouvernementales* qui encadrent la commercialisation des médicaments. Dans les années 1970, la clozapine, un antipsychotique, ou encore l'iproniazide, un antidépresseur inhibiteur de la monoamine oxydase, sont retirées du marché à la suite d'évènements indésirables mortels. En outre, ces agences encadrent l'expérimentation clinique. Elles exigent que les firmes pharmaceutiques produisent différents types d'essais thérapeutiques, dits de phase I, II et III, avant d'autoriser la mise sur le marché. Enfin, c'est la *profession médicale* elle-même qui s'est engagée dans la régulation des pratiques de ses membres par la publication de recommandations³¹. Celles-ci fixent les indications, les précautions d'emploi ainsi que les modalités précises d'utilisation de ces techniques.

L'identification et la promotion de la TRD sont contemporaines de la montée de ces réglementations. En réaction à celles-ci, ces publications s'engagent dans la défense de techniques innovantes ou dont leurs auteurs redoutent le déclin du fait d'un encadrement qui leur semble excessif. Dans les années 1970, par exemple, lorsqu'ils entreprennent de montrer que l'ECT est particulièrement efficace sur les dépressions résistantes, c'est pour appeler les autres psychiatres à ne pas en abandonner l'usage malgré les restrictions. La TRD ambitionne de préciser les situations dans lesquelles il est raisonnable de mobiliser ces traitements. Elle isole un sous-ensemble de problèmes, les échecs thérapeutiques, dont la chronicité venait jusque-là rendre compte et contribue à en redéfinir les contours. Les différentes définitions de la TRD ont par ailleurs en commun de spécifier un cadre de prescription sans lequel il n'est pas possible de parler de résistance. Ces standards comprennent la nature des molécules à employer, leur dose ou la durée avant laquelle il n'est pas envisageable de déterminer si elles fonctionnent. Ce

³¹ (Weisz et al., 2007)

faisant, la catégorie certains échecs thérapeutiques en les inscrivant dans le monde de la biomédecine.

En même temps qu'elle se focalise sur les échecs des traitements, la TRD participe à l'éclipse de la chronicité, dans la continuité de la révolution thérapeutique. En effet, comme je l'ai déjà mentionné, depuis la fin des années 1960, par le truchement d'essais cliniques et d'outils psychométriques standardisés la dépression passe pour être une maladie curable à court terme. Dans les années 1970, grâce aux publications sur la TRD, la défense de techniques tel que l'ECT prolonge cette vision. Elles sont jugées si efficaces sur les dépressions que les psychiatres considèrent que lorsque la maladie n'y réagit pas c'est que le diagnostic est erroné. La catégorie de dépression chronique s'en trouve évacuée, et avec elle un ensemble de questions associées, notamment celle de la gestion au long cours des maladies qui perdurent.

Enfin, du fait de leur régulation, ces techniques reposent sur de nouveaux protocoles locaux qui à leur tour appellent la mise en place de nouvelles organisations du travail. La réalisation des séances d'ECT en salle de réveil impose que les psychiatres collaborent avec une équipe d'anesthésie et qu'ils gèrent le nombre de places disponibles. Par ailleurs, certains médicaments sont encadrés par des régimes de prescription particuliers, au premier rang desquels les antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine oxydase. Ceux-ci les obligent, notamment, à attendre la validation des prescriptions par les agences du médicament, ce qui peut parfois prendre plusieurs semaines, laissant les malades et les médecins sans solution dans l'intervalle. Enfin, l'expérimentation clinique est désormais encadrée par un corpus de textes législatifs. La conduite d'un essai est soumise au respect du protocole validé par un comité d'éthique. Ces facteurs contribuent à relocaliser l'usage des techniques de dernier recours au sein des hôpitaux généraux, c'est-à-dire d'établissements qui ne sont pas seulement psychiatriques, et particulièrement dans les services universitaires.

1.3 Repousser la chronicité déjà présente

Les discours sur la curabilité des dépressions changent au tournant des années 1980 avec la reconnaissance croissante du caractère chronique de certaines dépressions alors que la catégorie est en pleine expansion. Ceci contribue à rendre la frontière entre résistance et chronicité plus floue alors même que les auteurs des publications radicalisent leur combat contre le passage à la chronicité. Cette tension s'exprime tant dans l'espace des publications que celui des pratiques et conduit à l'émergence de ce que j'appelle la phase de traitement des dépressions résistantes.

Dans les années 1970, l'arrivée de classes de médicaments antidépresseurs donnant moins d'effets secondaires, couplée à de nouvelles stratégies marketing de l'industrie pharmaceutique, a participé à l'extension du type de situations pouvant être qualifié de dépression³². Dans les années 1980, la commercialisation des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), au premier rang desquels figure le Prozac®, a contribué à leur large diffusion dans les sociétés occidentales et a suscité l'espoir de guérir un plus grand nombre de dépressions³³.

Parallèlement, aux États-Unis, le développement de l'épidémiologie des troubles mentaux et la mise sur pied de vastes programmes de recherche contribuent à relativiser cet enthousiasme. Des enquêtes épidémiologiques de grande ampleur mettent en évidence le fort taux de rechute après un premier épisode dépressif ainsi que l'importance des « symptômes résiduels » entre les épisodes de maladie. La dépression est alors décrite comme une maladie chronique dans la mesure où elle évolue par récurrences, laissant des séquelles aux personnes en ayant fait l'expérience. Menée entre 1980 et 1985 aux États-Unis, la première de ces enquêtes est l'*Epidemiological catchment Area* (ECA), financée par le *National Institute for Mental Health* (NIMH)³⁴. Cette enquête vise à produire des données épidémiologiques des maladies mentales à l'échelle nationale³⁵. Les résultats montrent que si 80 % des patients guérissent de leur dépression dans les 5 ans, 50 % rechutent dans les 15 ans³⁶. Dans le sillage de ces études, et bien que discutée depuis le début des années 1970, c'est principalement dans les années 1980 que des publications commencent à traiter spécifiquement de la catégorie de dépression chronique. Alain Ehrenberg parle de « crise de la guérison », c'est-à-dire la remise en cause de l'efficacité des antidépresseurs³⁷.

Ces changements sont contemporains d'un mouvement qui affecte l'ensemble de la médecine durant la seconde moitié du XXe siècle : la montée du patient chronique dans les discours médicaux. Si la notion de maladies chroniques est déjà utilisée avant le XIXe siècle en Europe, ce n'est qu'au début du XXe siècle, aux États-Unis, qu'elle fait l'objet d'un intérêt spécifique³⁸. Dans une perspective foucauldienne, William R. Arney et Bernard J. Bergen

³² Lucie Gerber et Jean Paul Gaudillière décrivent comment le marketing de la maprotiline dans les années 1970 a contribué à populariser le diagnostic de dépression masquée (Gerber & Gaudillière, 2016)

³³ (Healy, 1997)

³⁴ Steeves Demazeux décrit la conception de cette enquête ainsi que l'élaboration d'un nouvel outil de mesure psychométrique standardisé, le *Diagnosis Interview Schedule* (DIS) (Demazeux, 2015, 2019)

³⁵ L'enquête est préparée dès les années 1970, mais les résultats ne paraissent que dans les années 1990. La méthode a été décrite dans un ouvrage collectif paru pour la première fois en 1985 (Eaton & Kessler, 2012)

³⁶ (Eaton et al., 1997)

³⁷ (Ehrenberg, 2008)

³⁸ On assiste alors à la création de grandes enquêtes nationales dans les années 1930 et la création du *Journal of Chronic Illness* en 1950 (Weisz, 2014)

décrivent une bascule qui s'opère dans les années 1950 et qui voit la figure du patient chronique se substituer à celle de l'anomalie anatomique dans les discours médicaux³⁹. Ce mouvement procède, selon les auteurs, de l'intégration croissante d'un ensemble de problèmes psychologiques et sociaux dans le champ de la médecine. Aux États-Unis, dans la seconde moitié du XXe siècle la catégorie de maladie chronique devient capitale pour penser et organiser les soins⁴⁰.

La reconnaissance croissante de l'importance des dépressions chroniques renforce les discours faisant de la lutte contre le passage à la chronicité un objectif central des traitements. Les auteurs distinguent alors clairement résistance et chronicité comme deux moments dans l'évolution des dépressions. Dès lors, ils entreprennent d'organiser et de rationaliser l'usage de certaines techniques. Pour cela, ils tentent d'identifier des stades de résistance auxquels ils font correspondre l'emploi de méthodes particulières. L'ensemble de ces développements les conduit à séparer traitements de routine et de dernier recours. Ils font de la dépression résistante aux traitements un moment circonscrit dans le temps, pendant lequel les techniques de dernier recours sont déployées dans le but de repousser la chronicité. Ces travaux mobilisent un langage emprunté à la cancérologie : il s'agit d'obtenir la rémission de la dépression et de prévenir les rechutes.

Paradoxalement, et dans le même temps, la distinction entre dépression chronique et résistante devient moins nette. Par exemple, en 2003, dans le justificatif de l'étude STAR*D, une des plus importantes sur la résistance, les auteurs décrivent les incapacités chroniques des patients ayant une dépression résistante⁴¹. Résistance et chronicité s'interpénètrent au point d'en brouiller la frontière. Ainsi, si la résistance isole les seuls échecs thérapeutiques parmi les problèmes que pose la notion de chronicité, elle les reformule également dans leur globalité. Là aussi, le parallèle avec la cancérologie est intéressant. Dans les années 1980, le recours massif à la chimiothérapie et les espoirs de guérison qui y sont associés sont tempérés par des études épidémiologiques⁴². Le cancer n'est plus compris comme une maladie aiguë létale à court terme, mais une maladie chronique qu'il s'agit de contrôler dans la durée. Ces transformations conduisent à brouiller la distinction entre les phases curatives et palliatives de sorte que jusqu'à un stade très avancé, les cancérologues prescrivent de nouvelles chimiothérapies avec l'espoir d'une guérison miraculeuse. C'est précisément dans ce flou qu'Isabelle Baszanger situe

³⁹ (Arney & Bergen, 1983)

⁴⁰ (Weisz, 2014)

⁴¹ (Fava et al., 2003)

⁴² (Baszanger, 2012)

l'émergence d'une phase inédite des trajectoires de cancer, celle qu'elle nomme « des chantiers empiriques », caractérisée par l'usage de chimiothérapies hors protocole. Pour la dépression, l'horizon n'est pas la mort, mais l'installation d'une maladie chronique irréversible, invalidante et conduisant les patients à passer beaucoup de temps à l'hôpital. Comme la phase des chantiers empiriques, celle du traitement de la résistance apparaît d'une part, de l'extension des interventions actives dans la chronicité et d'autre part, d'une dissolution de la frontière entre maladie aiguë et chronique.

La TRD arrive donc dans un contexte de mutation de la chronicité. L'objectif des traitements reste d'éviter coûte que coûte que la dépression dure. Cela explique que les psychiatres mobilisent alors des méthodes contraignantes tant pour les patients que pour les soignants. Ces contraintes et ce rapport à la chronicité contribuent à configurer une façon particulière de gérer ces moments des trajectoires de dépression, mais aussi des attentes, des relations et des affects spécifiques. C'est la phase des traitements de la résistance.

2. La phase de traitement de la résistance dans les trajectoires de maladie à l'hôpital

L'élaboration de la catégorie des dépressions résistant aux traitements traduit la volonté de ses artisans d'agencer un ensemble d'usages, alors affectés par de profondes reconfigurations. Dans cette thèse, j'aborde la catégorie de façon pragmatique, c'est-à-dire comme un cadre qui organise des pratiques et des attentes. Plus précisément, j'analyse la résistance comme une phase des trajectoires de dépression en mobilisant une sociologie du travail médical inspirée d'Anselm Strauss et ses collègues⁴³. Ce faisant, trois autres champs de la littérature sociologique m'ont semblés pertinents : la sociologie des diagnostics et du raisonnement médical, celle des thérapies et enfin celle des patients.

Je revendique une sociologie de l'action telle que décrite par Albert Ogien et Louis Quéré⁴⁴. Celle-ci s'inscrit dans le sillage des philosophes pragmatiques à l'instar de John Dewey ou George Herbert Mead et dans celui des ethnographies de ce qu'on a appelé les écoles de Chicago⁴⁵. Bien qu'hétérogènes, les travaux mobilisant cette approche ont en commun de mettre au centre de leurs analyses la notion d'enquête comme mode de constitution des

⁴³ (A. L. Strauss et al., 1985)

⁴⁴ (Ogien, 2014)

⁴⁵ (Cefai et al., 2015)

problèmes publics⁴⁶. J'étudierai comment des personnes ou des groupes identifient des situations problématiques, tentent de les résoudre et pour qui. À l'échelle individuelle autant que collective, les situations sont définies selon des cadres qui préexistent aux interactions et qu'on peut comparer à des répertoires mobilisables par les acteurs⁴⁷. S'en dégage une certaine conception de l'individu, que Daniel Cefaï résume ainsi :

« [les individus] ne sont donc pas des agents-marionnettes, dont les horizons seraient déterminés par des propriétés sociodémographiques déjà constituées, ni des acteurs-stratèges capables de modeler leur univers en fonction de leurs intérêts. [...] Ce que deviennent les êtres humains est le résultat contingent des transactions qu'ils entretiennent avec leurs environnements, à la croisée de divers cercles sociaux et au milieu d'organisations et d'institutions qui favorisent ou verrouillent leur liberté d'invention, individuelle et collective »⁴⁸.

Aussi dans ce travail je m'attacherai moins à décrire les caractéristiques sociodémographiques des personnes qu'à étudier les types d'actions qu'ils et elles réalisent dans différentes situations. Je m'écarte également d'une approche en termes de pouvoir et de contrôle social. Loin d'en minimiser l'existence, je préfère comprendre comment ils émergent des situations.

Dans ce cadre général, j'analyse la résistance comme une phase spécifique de la trajectoire des dépressions. Je reprends à mon compte les concepts de phases et de trajectoire proposés par Anselm Strauss et ses co-auteurs dans *Social organization of medical work*⁴⁹ pour décrire « non seulement [le] développement physiologique de la maladie de tel patient, mais également toute l'organisation du travail déployée pour suivre ce cours, ainsi [que le] retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués »⁵⁰. De façon similaire, en même temps qu'un état de maladie, j'étudie la résistance comme un régime de relations spécifiques qui émerge à certains moments et dans certaines conditions. Dans cette phase, les psychiatres abandonnent l'usage des traitements usuels pour mobiliser des techniques de dernier recours. S'installent alors des attentes et un climat émotionnel particulier.

Les trajectoires hospitalières de maladies psychiatriques peuvent être analysées avec la même grammaire conceptuelle que celle décrite par Strauss et ses co-auteurs. Lorsqu'ils arrivent à l'hôpital, les malades sont évalués simultanément par plusieurs soignants. Ceux-ci

⁴⁶ (Cefaï, 2012)

⁴⁷ (Cefaï & Trom, 2001)

⁴⁸ (Cefaï et al., 2015)

⁴⁹ (A. L. Strauss et al., 1985)

⁵⁰ Traduction d'I. Baszanger (A. L. Strauss, 1992; A. L. Strauss et al., 1985)

ont à réaliser un ensemble de tâches et coordonnent leur travail. Je reprends à Anselm Strauss et ses collègues certains des types de travail qu'ils ont dégagé : le travail de sécurité, qui vise à assurer la survie des patients, le travail de confort et le travail sentimental. Le diagnostic est le début du travail de trajectoire : il permet d'anticiper un schéma de trajectoire, c'est-à-dire une séquence de tâches. Le type de tâche à réaliser dépend de la façon dont les personnes définissent la situation de maladie, usant pour cela de cadres préexistants à la situation. Il peut y avoir différentes options thérapeutiques, ou une recherche d'option en cas de trajectoire problématique, qui peut donner lieu à des débats de trajectoires. Ces moments constituent autant de points d'options au cours desquels quelqu'un doit prendre une décision opérationnelle. Cette personne, généralement un médecin, les auteurs l'appellent un directeur de trajectoire. Celui-ci anticipe alors un arc de travail, c'est-à-dire la somme des tâches à fournir pour arriver à contrôler la maladie, et visualise des phases de la trajectoire. Dans cet ensemble de tâches, les malades jouent un rôle central et ce d'autant que la gestion de leur maladie leur sera en partie déléguée à la sortie de l'hôpital⁵¹. Leur engagement fait l'objet de considérations morales de la part des soignants.

De façon heuristique, je décompose l'analyse de la phase de traitement de la résistance en deux moments : celui de la définition d'une situation de résistance et celui du déploiement des traitements de dernier recours. Pourtant, ce qui m'intéresse, c'est le caractère dynamique de la relation entre ces deux termes, de l'entrée dans la résistance aux manières dont on en sort. Précisément, la décision qu'il s'agit d'une dépression résistante conduit les psychiatres à mettre en place un ensemble d'actions. Ces dernières modifient à leur tour la situation et permettent à terme de définir différemment cette situation et de procéder à d'autres interventions, et ainsi de sortir de la résistance, ou d'y entrer à nouveau.

En analysant la façon dont les psychiatres évaluent les patients et définissent un état de résistance, je discute tout d'abord la sociologie des diagnostics et du raisonnement médical. Avec les travaux de Kathryn Hunter, Paul Atkinson ou Robert Barrett, j'ai appris à voir la construction des cas comme un récit, une narration⁵². Avec Mildred Blaxter, j'ai considéré les diagnostics comme des catégories, mais également comme des processus⁵³. Comme catégorie la résistance est le produit d'élaborations théoriques dont les tensions pèsent sur les pratiques. On peut aussi étudier le phénomène comme un processus d'étiquetage qui est traversé par un ensemble d'enjeux, et notamment moraux. En revanche, j'ai souhaité rester à distance des

⁵¹ (Baszanger, 1986)

⁵² (Atkinson, 1995; Barrett, 1997; Hunter, 1991)

⁵³ (Blaxter, 1978)

approches trop critiques des diagnostics, qui y voient d'emblée une entreprise de contrôle social et un opérateur de la médicalisation⁵⁴.

Je mobilise également les travaux de sociologie qui se sont intéressés aux thérapies. L'étude de la résistance comme phase implique d'identifier qui décide que quelque chose doit être fait et quand. Dans le champ de la cancérologie, les travaux d'Isabelle Baszanger m'ont aidé à conceptualiser comment s'articulent l'usage de certaines thérapeutiques dans des phases spécifiques des trajectoires de maladie⁵⁵. La mise en place des traitements de dernier recours implique également des relations affectives particulières entre soignants et malades. J'ai emprunté à Renée C. Fox l'esprit de ses descriptions de l'engagement émotionnel des médecins et des patients lorsqu'ils expérimentent de nouvelles techniques⁵⁶.

Je mobilise enfin une sociologie des patients. Je me focalise sur les publications qui ont tenté d'identifier quel type de travail le malade apporte à la trajectoire et comment son expérience est invoquée comme objet de ce travail⁵⁷. La plupart du temps, les soignants cherchent à maintenir l'engagement des malades. Ils leur partagent leur définition de la situation et cherchent à recueillir leur consentement pour mener un ensemble d'actions. À la suite d'Isabelle Baszanger, je tente d'identifier différentes manières d'obtenir l'accord des malades à partir de cadres qui préexistent à l'action⁵⁸.

Cette thèse vise donc à étudier l'émergence et les contours d'une nouvelle phase des trajectoires de dépression. Elle se concentre sur l'action : autant sur les pratiques que sur le raisonnement médical en train de se faire.

3. Mais où est la dépression résistante ? Quand chercher c'est déjà trouver.

Ce travail s'appuie essentiellement sur une enquête ethnographique menée dans un service de psychiatrie universitaire d'une métropole française. Dans cette section, je retrace mon itinéraire de recherche sur ce terrain et la méthodologie employée pour analyser le matériau ainsi dégagé. Je montre, en outre, comment mes difficultés à observer ce que j'étais venu chercher m'ont conduit à problématiser mon objet.

⁵⁴ (Brown, 1990; Zola, 1972)

⁵⁵ (Baszanger, 2000, 2012)

⁵⁶ (Fox, 1959; Fox & Swazey, 1974)

⁵⁷ (A. L. Strauss et al., 1985)

⁵⁸ (Baszanger, 1986, 1995)

J'ai recueilli le matériau ethnographique à l'aide de la méthode de la *Grounded Theory*. Cette méthode a d'abord été décrite par les sociologues américains Anselm Strauss et Barney Glaser en 1967⁵⁹. J'ai ainsi analysé mes données en même temps que je les collectais. Je n'ai pas formulé d'hypothèse a priori et je n'avais pas décidé à l'avance d'un protocole d'enquête. J'ai sélectionné les situations que je souhaitais observer et les personnes que je voulais interroger au fur et à mesure que je me familiarisais avec le terrain. Je choisissais celles-ci selon ce que j'imaginai pouvoir en dégager. J'ai ainsi mené des observations ethnographiques, des entretiens avec des soignants et j'ai constitué un corpus d'articles médicaux. Au cours des observations, je prenais des notes sur un carnet, sur le vif. Je les retranscrivais le soir même pour pouvoir ajouter des détails que je n'aurais pas eu le temps de relever et qui me reviendraient. J'ai pu enregistrer et retranscrire l'ensemble des entretiens. J'ai analysé ces données, ainsi que les articles de mon corpus, de la même manière. Pour cela, j'ai utilisé le codage continu décrit par Anselm Strauss et Juliet Corbin⁶⁰ et plus récemment par Kathy Charmaz⁶¹. Aussi, je regroupais ces codes en catégories, desquelles je tentais de dégager des propriétés à mesure que mon matériau s'enrichissait. Je comparais alors les théories que je formulais aux nouvelles données recueillies sur le terrain et ce jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information n'émerge.

L'idée d'enquêter sur les dépressions résistantes m'est venue après la rédaction de mon mémoire de master. Celui-ci se basait sur une ethnographie de la pratique de l'électroconvulsivothérapie (ECT), l'ancien électrochoc. J'y analysais comment les psychiatres négociaient l'accord des patients pour être traités par cette technique. Pour cela j'avais mené des observations ethnographiques pendant 3 mois dans un service universitaire de psychiatrie d'un hôpital général, ainsi que 12 entretiens avec les soignants du service : avec les deux internes, les trois médecins, le chef de service, la psychologue, et cinq infirmières. J'avais assisté à de nombreuses séances d'ECT en salle de réveil, mais aussi aux visites des médecins dans le service, aux réunions de synthèse ainsi qu'aux entretiens avec les familles pour discuter de la réalisation d'une cure d'ECT. La technique est notamment pratiquée lorsque les médicaments n'ont pas permis d'améliorer l'état des patients, c'est-à-dire dans les situations de résistance aux traitements. Avec la thèse, j'ai voulu élargir mes analyses et caractériser les situations dans lesquelles les psychiatres définissent une dépression résistant aux traitements.

⁵⁹ (Glaser & Strauss, 2017a, 2017b)

⁶⁰ (A. Strauss & Corbin, 1990)

⁶¹ (Charmaz, 2014)

Ayant été interne de psychiatrie, je connaissais de réputation les services qui s'occupaient de pathologies résistantes. J'ai contacté par mail le chef de service de psychiatrie de l'hôpital de la Charité⁶², hôpital universitaire d'une grande métropole française. Ce service est spécialisé dans le diagnostic et le traitement des troubles dits de l'humeur, c'est-à-dire essentiellement les troubles dépressifs et les troubles bipolaires. J'avais déjà connaissance du fait que ces médecins avaient un intérêt de recherche et clinique pour les dépressions résistant aux traitements. J'ai rencontré le chef de service de la Charité en novembre 2018. Celui-ci a accepté que j'y mène des observations à condition que je présente mon projet de recherche lors d'une des réunions rassemblant l'ensemble des médecins et qui s'est tenu un mois plus tard. À l'issue de ma présentation, il m'a décrit les différentes unités⁶³. Il a particulièrement insisté sur l'unité ouverte en me disant « c'est ici que tu verras les déprimés résistants ». Il me précisa que dans cette unité ils pratiquaient des perfusions de kétamine. Il me parla également d'une consultation spécialisée dans les bilans de dépressions résistantes assurée par la psychiatre assistante spécialisée. Il ne semblait pas considérer que cela soit important pour moi d'assister à ces consultations et me dit « tu pourras éventuellement assister à un bilan avec [l'assistante spécialisée] ». J'ai commencé à me rendre régulièrement à la Charité à partir de décembre 2018 jusqu'en décembre 2019. J'ai mené la totalité des observations et des entretiens avant le premier confinement de mars 2020. Dans le contexte sanitaire lié à la pandémie de Covid, après cette date, je n'ai réalisé que quelques entretiens complémentaires avec des médecins, essentiellement par téléphone.

J'ai d'abord suivi les conseils du chef de service, et, écoutant ses indications, j'ai passé beaucoup de temps au sein de l'unité ouverte. J'ai commencé par me rendre aux réunions de synthèse hebdomadaires lors desquelles se regroupent le chef de clinique assistant (CCA), les trois internes, le psychologue, l'assistante sociale, les infirmières présentes ce jour-là et la secrétaire hospitalière. Durant la période de terrain, j'ai assisté à l'essentiel de ces réunions. Je prenais en note les échanges entre soignants sur un carnet, à la vue de tous, mais aussi la tonalité émotionnelle de ces échanges, les déplacements physiques, les actions, les regards. Je ne pouvais, bien entendu, pas retranscrire l'ensemble des conversations. J'étais cependant attentif à leur dynamique, aux moments de dissolution de l'attention collective, de prise de parole simultanée et à l'orientation que prenait alors la discussion. Dès la semaine suivante, j'ai suivi la visite hebdomadaire du chef de clinique : de même, je consignais les dialogues avec les

⁶² Nom anonymisé

⁶³ J'ai récapitulé les différentes unités dans lesquelles j'ai mené des observations ainsi que les professionnels qui y travaillent dans l'annexe 3

internes et avec les malades. J'ai assisté à la plupart des visites sur mon année de terrain. Lorsque l'occasion se présentait, je retrouvais le chef de clinique dans ses entretiens avec les familles de patients. Les matins où j'étais présents, j'écoutais les transmissions des infirmières aux internes. De façon plus ponctuelle, j'ai suivi le travail des internes et des infirmières. J'ai également observé plusieurs séances d'ECT en salle de réveil.

Les premiers mois à l'unité ouverte, j'ai été décontenancé : les médecins ne parlaient que rarement de dépressions résistantes alors même qu'ils traitaient des patients par ECT ou par kétamine. Le plus souvent, le terme apparaissait pour décrire le motif d'adressage à l'hôpital, mais peu pour rendre compte de leurs difficultés à eux. Pendant ces quelques mois, je me suis même demandé si je n'avais pas fait fausse route en venant faire du terrain dans ce service. Dans les premiers temps, j'ai également assisté à des réunions de synthèse à l'unité d'évaluation de semaine. J'ai progressivement cessé d'y aller.

Devant cet étonnement, j'ai accompagné l'assistante spécialisée dans sa consultation dédiée aux dépressions résistantes. Je la suivais dans les différentes séquences : elle lisait le courrier d'adressage à voix haute avec moi, s'entretenait avec les patients, échangeait avec l'infirmière, la neuropsychologue et la psychologue qui avaient généralement évalué les patients un peu avant, puis tapait le compte rendu devant moi. Comme à l'unité ouverte, j'ai été rapidement frappé par le fait qu'on ne diagnostiquait que rarement des dépressions résistantes. À chaque fin de consultation, l'assistante m'indiquait en quoi le ou la patiente que nous venions de voir n'avait pas cette pathologie. Lorsque la situation me semblait cadrer avec celle d'une dépression résistante, l'assistante n'en parlait généralement pas et m'expliquait plus volontiers quel type d'intervention thérapeutique elle pensait mettre en place. Elle s'est souvent excusée de ne pas arriver à me montrer des « malades qui pourraient [m'] intéresser ».

Dès le mois de décembre 2018, cette même psychiatre m'apprit que l'hôpital de jour du service adoptait une nouvelle organisation pour accueillir les patients sur des périodes plus courtes. De plus, le service s'appêtait à y implanter une activité de perfusions de kétamines en ambulatoire. Cela suscita ma curiosité à deux égards : le changement d'organisation semblait accompagner une mutation dans l'idéologie de cette unité ; j'avais par ailleurs connaissance que les perfusions de kétamine étaient utilisées depuis peu pour traiter des dépressions résistantes. Je me suis ainsi rendu à la plupart des synthèses de cette unité pendant l'année de terrain. J'ai également assisté à quelques entretiens de préadmission et de suivi, ainsi qu'à des séances de perfusion de kétamine, de psychothérapie sous bêtabloquant et de remédiation cognitives. De même qu'à l'unité ouverte, il m'a semblé initialement qu'ils parlaient rarement de dépressions résistantes, à moins de qualifier les échecs antérieurs.

Voyant que le terme de dépression résistante était souvent mobilisé pour adresser des patients, je pris la décision de suivre des consultations médicales avec l'espoir de saisir des moments de définition de dépressions résistantes. L'assistante spécialisée était mon interlocutrice privilégiée et nous avons lié une relation de sympathie. Aussi c'est vers elle que je me suis tourné. Je l'ai secondée pendant une dizaine d'après-midi de consultations dans son bureau. Je m'asseyais à côté d'elle, face aux patients. Celle-ci me présentait systématiquement et demandait s'ils étaient d'accord pour que j'assiste à la consultation. Je prenais des notes à leur vue. Je n'intervenais pas, sauf lorsque l'assistante me demandait mon avis ou lorsque les patients m'adressaient la parole. Après chaque consultation, nous échangeons nos impressions, et je l'interrogeais sur les raisons de ses décisions. Elle suivait des malades qui avaient été hospitalisés dans le service, mais aussi des personnes qui sollicitaient un suivi ambulatoire. Elle adressait certains d'entre eux à l'hôpital, parfois dans des situations d'échec des traitements, mais ne mentionnait que rarement d'éventuels critères qui auraient pu lui permettre de parler de dépression résistante. À l'issue d'une consultation avec une patiente qui avait été hospitalisée pendant un an lorsqu'elle était responsable de l'unité ouverte, elle me dit « Elle, tu vois c'est une patiente qui a une vraie résistance pharmacologique. C'est pour ça qu'on l'a traitée par ECT. Mais à part elle, je n'ai pas l'impression de suivre de patients résistants. Peut-être que si tu allais en consultation avec [le chef de service], tu en verrais plus, je pense que c'est principalement lui qui les suit ». Encore une fois, je me trouvais renvoyé vers un autre endroit, vers d'autres personnes, auprès de qui j'aurais pu observer la vraie résistance. J'aurais pu continuer à explorer mon terrain *ad libitum*. Cependant, j'avais alors acquis la certitude que j'avais déjà assez de matériau pour décrire cette situation paradoxale d'une catégorie introuvable qui organisait pourtant l'ensemble des pratiques.

J'ai complété mon travail par la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès des soignants⁶⁴. J'ai construit des grilles d'entretiens différentes selon les professions, que j'ai adaptées au fur et à mesure de mon avancée. J'en ai ainsi mené 22. J'ai commencé avec quatre internes à la fin de leur semestre, au mois d'avril 2019 puis avec le chef de clinique de l'unité. J'ouvrais la discussion en demandant « Peux-tu me raconter l'histoire d'un ou une patiente que tu as eue en charge pour laquelle tu t'es dit qu'il ou elle était difficile à soigner ? ». Cette question les conduisait à m'indiquer comment ils avaient problématisé leur expérience de certaines situations et comment ils l'avaient résolue, mais ils n'en venaient pas à me parler spontanément de situations de dépressions résistantes. J'ai poursuivi avec d'autres médecins du

⁶⁴ J'ai également conduit 27 entretiens avec des patients pris en charge dans le service. J'ai retranscrit l'intégralité de ces entretiens, mais les analyses que j'ai dégagées n'apparaissent pas dans les résultats de cette thèse.

service : l'assistante spécialisée, 3 praticiens hospitaliers et le chef de service. J'ai adopté une nouvelle façon d'initier l'échange, je leur expliquais que je m'intéressais à deux choses : déterminer comment les médecins raisonnent face à une situation de résistance et comment le terme dépression résistante est mobilisé au quotidien⁶⁵. Je leur demandais alors de m'en dire plus sur ces deux aspects et les relançais à partir de ce qu'ils évoquaient. Seuls deux psychiatres n'ont jamais donné suite à mes sollicitations d'entretien. J'ai également mené des entretiens avec le psychologue, l'assistante sociale et la cadre de l'unité ouverte, la pharmacienne en charge de la psychiatrie, ainsi que l'infirmière de la consultation. Avec ces soignants, je commençais en demandant comment s'organisait leur travail et quelles tâches ils et elles avaient à réaliser. Cette description me permettait d'en savoir plus sur la vie dans le service, sur le sens qu'ils donnaient à leur travail et les sources de difficultés qu'ils pouvaient rencontrer.

Au cours des analyses du matériau de terrain, j'ai eu besoin d'avoir des précisions et j'ai sollicité des entretiens auprès d'autres médecins. J'en ai mené un avec la cheffe de service d'un autre hôpital. Par ailleurs, lors de mes échanges avec le chef de service de la Charité, celui-ci m'a parlé d'un ancien praticien hospitalier du service qui s'était engagé pour assurer le maintien de la commercialisation d'un antidépresseur inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO) à la fin des années 1990. Je l'ai contacté et il m'a accordé un entretien téléphonique. D'autre part, j'ai voulu en savoir plus sur l'émergence du réseau de centres experts spécialisés dans les dépressions résistantes, financé par la fondation FondaMental. J'ai pu discuter avec sa coordinatrice. Enfin, je me suis intéressé à l'histoire de la psychiatrie universitaire depuis les années 1960. J'ai pu mener deux entretiens avec un ancien chef d'un service hospitalo-universitaire.

Pour finir, j'ai constitué un corpus d'articles scientifiques et de manuels universitaires. Pour la période du XIXe siècle, j'ai recensé de façon systématique les emplois du terme dans les traités d'aliénistes du fond numérisé de la bibliothèque Henri Ey de l'hôpital Sainte-Anne. Jusque dans les années 1980, j'ai suivi comment le terme était mobilisé et dans quels sens dans la littérature scientifique, en cherchant « resist* schizophren* » et « resist* depress* » sur Google Scholar. J'ai inspecté systématiquement les 100 premiers résultats par tranche de 10 ans de la période 1900-1910 à 1970-1980. À chaque période je veillais à ce qu'aucune nouvelle utilisation du mot n'apparaisse dans les derniers articles relevés. À partir des années 1990, le nombre d'occurrences des termes « *treatment resistant schizophrenia* » et « *treatment resistant depression* » devient trop important pour être retracé de façon exhaustive. J'ai donc choisi de

⁶⁵ En annexe 4 se situe le début d'un entretien avec une psychiatre qui débute ainsi

recenser tous les articles portant sur ces sujets dans deux revues nationales : l'*American Journal of Psychiatry* et le *British journal of psychiatry*. J'ai choisi ces revues pour plusieurs raisons : elles avaient déjà publié sur le sujet dans les années précédentes ; elles émanent de sociétés savantes nationales ; elles sont parmi les plus lues et les plus citées par la profession. Outre ce recueil systématique, j'ai enrichi ce corpus dans deux directions. D'une part, j'ai tenté de comprendre comment la catégorie de dépression résistante aux traitements était discutée et débattue. D'autre part, j'ai cherché à retracer l'histoire de l'usage de certaines techniques thérapeutiques - l'ECT, les antidépresseurs IMAO et la kétamine – mobilisées dans les situations de résistance aux traitements. Pour cela, j'ai consulté les articles les plus cités, au gré de mes lectures, selon une méthode d'accumulation en « boule de neige ».

Enfin, j'ai consulté les éditions successives du *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Il en existe 10 entre 1967 et 2017⁶⁶. Il s'agit d'un manuel de référence pour les psychiatres et les étudiants dans les pays anglophone et en dehors. Les chapitres, en particulier ceux sur l'ECT et la TRD, sont rédigés, dans chacune des éditions par des psychiatres universitaires qui se signalent comme experts. Ils sont également auteurs et autrices des publications médicales constituant mon corpus. Dans le contexte français, j'ai examiné les différentes éditions de plusieurs manuels : *Psychiatrie de l'adulte* de Thérèse Lempérière et André Féline, *la dépression* aux éditions que sais-je de Pierre et Henri Lôo. Thérèse Lempérière, André Féline et Henri Lôo sont toutes et tous psychiatres pendant les années que j'identifie comme étant charnière dans l'histoire de la TRD. De plus leurs ouvrages étant édités plusieurs fois, ils étaient propices à une analyse diachronique.

La méthodologie de ce travail a reçu un avis favorable du comité d'évaluation éthique de l'INSERM (IRB 00003888) le 18/09/2018. J'ai rédigé des lettres d'informations à destination des soignants et des patients pour mener des observations et des entretiens. Les premières étaient affichées dans le service quand les secondes étaient données en main propre ou par mail au moment où je sollicitais l'entretien⁶⁷.

4. « Ça va intéresser notre sociologue ! » et « toi qui es médecin, tu en penses quoi ? » : trouver sa place d'ethnographe à l'hôpital

⁶⁶ (Kaplan & Sadock, 1967, 1975, 1980, 1985, 1989, 1995; Sadock, 2000; Sadock et al., 2005, 2009, 2017)

⁶⁷ Ces lettres sont consultables en annexe 5

Mes deux formations, la médecine et la sociologie ont alimenté ce travail, mais aussi contribué à le mettre en tension. Le choix du thème de la recherche, tout d'abord, a indéniablement été influencé par mes expériences professionnelles antérieures. Dès ma première année d'internat, j'ai été conduit à m'intéresser aux dépressions résistantes, comme je le raconte en préambule de cette thèse. En somme, j'y faisais l'expérience de ce que je décris ici. Pendant le reste de mon internat, j'ai toujours gardé un fort intérêt pour les médicaments psychotropes et la psychopharmacologie. Cependant, en m'orientant vers la pédopsychiatrie, je n'ai jamais refait de stage universitaire dans un service pour adulte. Mon intérêt pour les dépressions résistantes vient en partie d'une curiosité à l'égard d'une certaine psychiatrie universitaire que je n'ai jamais réellement côtoyée.

Le fait d'être médecin a certainement été une aide pour entrer sur le terrain. J'ai toutefois dû montrer le sérieux de ma recherche. Ainsi, lorsque j'ai rencontré le chef de service pour la première fois, je lui ai mentionné que je venais de passer ma thèse de médecine et que j'entamais une thèse de sociologie. Cela ne l'a pas empêché de craindre comment j'allais aborder le sujet. Il me dit « Mais là, vous ne voulez pas dire que la dépression c'est une construction sociale ? Parce que les sociologues parfois c'est ça, ils disent que nos maladies n'existent pas vraiment, que ce sont des constructions sociales », ce que je démentis immédiatement. Après avoir exposé mon projet de recherche devant les autres médecins, le chef de service m'a cependant laissé une certaine liberté pour définir mon rôle. À la fin de la présentation, passant au tutoiement, il me demanda « tu voudras qu'on te présente comment ? », ce à quoi je répondis « comme étudiant en sociologie qui est médecin par ailleurs ». Il me questionna également sur mon souhait de porter ou non une blouse, m'indiquant toutefois que tous les soignants en portaient : je fis signe que oui.

Dans le service, je ne participais pas directement aux activités médicales. Je me présentais aux patients comme étudiant. Aux soignants des différentes unités, je disais que je faisais une thèse de sociologie, mais que j'avais fait médecine avant. Lorsque les médecins me présentaient eux-mêmes aux patients, ils mentionnaient que j'étais un étudiant ou un collègue. Il serait vain de différencier s'ils s'adressaient au sociologue ou au médecin. Lorsqu'ils précisaient qu'ils parlaient au sociologue, ils le faisaient avec humour. Ainsi, alors qu'il décrivait ses incertitudes à propos de l'interprétation des effets d'une cure de kétamine, le praticien hospitalier de l'unité de semaine, me regarda et lança en riant « La kétamine c'est un changement de paradigme. Ça, ça va intéresser notre sociologue ! ». À l'inverse, j'ai été sollicité une fois en tant que médecin, non pas pour donner un avis médical, mais pour rechercher mon approbation sur un conflit entre soignants. Ainsi, au moment où la PH de l'hôpital de jour

mettait en place l'activité de perfusion de kétamine dans l'unité, elle se heurta plusieurs fois aux réticences d'une de ses collègues. À la pause déjeuner, elle me prit à partie et me dit « non, mais toi qui es médecin, tu en penses quoi ? C'est insupportable cette résistance au changement permanent, non ? ». Je lui fis une réponse évasive. Dans la plupart des cas, les médecins me demandaient mes impressions surtout après un entretien, comme ils le font à n'importe quel étudiant les accompagnant.

Dans les derniers entretiens, lorsque je m'adressais à des médecins que je ne connaissais pas, j'indiquais également dans la prise de contact que j'étais médecin. Je pensais que cela favoriserait leur accord pour se plier à l'exercice. En pratique, j'ai constaté que cela pouvait les conduire à considérer que je devais savoir un certain nombre de choses, impliquant une évaluation de mes qualités professionnelles. Avec l'ancien chef d'un service hospitalo-universitaire, je n'ai pas précisé que j'étais médecin dans un premier temps. Cela n'a pas conditionné son accord pour mener l'entretien et il s'est montré beaucoup plus prolix dans ses explications que les autres psychiatres.

J'étais donc familier du monde dans lequel j'entrais. Tout d'abord, je n'ai pas eu de période d'acclimatation avec leur langage. Dès mon arrivée, je comprenais les termes qu'ils employaient, les sigles, les noms de traitements, etc. D'autre part, même si je n'avais jamais été interne ni étudiant dans le service, je l'avais été dans la région. Je connaissais la plupart des jeunes médecins, au moins de nom et de réputation et nous avions parfois des connaissances en commun. L'enjeu pour moi a été de me distancier de ce monde qui m'était proche et de rendre problématique ce que j'observais. Cependant, cette prise de distance doit être nuancée et je dois dire que j'ai beaucoup appris pendant cette année de terrain, j'ai découvert des pratiques que je ne connaissais pas et acquis des connaissances. Plus, au fur et à mesure que l'analyse avançait, j'avais le sentiment que ces connaissances se consolidaient. Ainsi il est indéniable que si la médecine m'a aidé à appréhender mon objet, la sociologie m'a appris à regarder différemment la psychiatrie et aidé à mieux la comprendre.

5. Organisation de la thèse

Pour définir mon objet de recherche, j'ai dû stabiliser un certain vocabulaire. Le terme anglais *treatment resistant depression* (TRD) est traduit en français de deux manières, par *dépression résistant aux traitements* ou par *dépression résistante aux traitements*. Dans la première forme, le verbe résister est conjugué au participe présent, l'action de résister est un

phénomène en cours. Dans la seconde, il s'agit d'un adjectif verbal et la résistance, comme action terminée, qualifie un type de dépression. Je fais l'hypothèse que c'est cette tension entre deux conceptions temporelles de la résistance qui la rend insaisissable à la fois sur le terrain et dans les publications. C'est elle également qui permet de comprendre le paradoxe entre, d'un côté, la résistance comme rempart à la chronicité et, de l'autre, comme maladie déjà chronique. D'une part, tant qu'il existe des options thérapeutiques, la résistance peut être repoussée, d'autre part, lorsqu'il faut agir, on peut déjà se projeter sur un après dans lequel la résistance ne sera plus et où il faudra gérer la chronicité.

Dans cette thèse, j'analyse comment la phase de traitement de la résistance est organisée par la psychiatrie universitaire. Je dégage deux espaces dans lesquels cette tension s'exprime : l'espace des publications médicales et celui des pratiques des services universitaires de psychiatrie. Dans le premier, je montre comment une conception catégorielle de la résistance est associée à une promotion radicale des traitements de dernier recours, alors qu'une conception processuelle est mobilisée par les tenants d'une promotion plus modérée de ceux-ci. Dans les pratiques, j'avance qu'il existe deux cadres principaux pour lire les situations. Dans le premier, la situation est en crise et l'enjeu est de sauver la vie des patients. Dans le second, la situation reste immobile et il faut donner aux patients la possibilité de vivre une vie qui en vaille le coup.

Dans une première partie, je montre comment la dépression résistant aux traitements en dépit de nombreuses difficultés pour la définir a permis à un ensemble d'acteurs de se mobiliser. Le chapitre 1 revient sur les conditions historiques qui ont contribué à l'émergence de la catégorie et notamment comment, au cours du XXe siècle, le concept de résistance a progressivement été débarrassé de ses références à l'opposition intentionnelle des patients. Le chapitre 2 décrit comment les publications sur la TRD ont tenté de résoudre un ensemble de problèmes sans jamais y apporter de solutions définitives. Pourtant, ces développements conduisent à standardiser les pratiques d'acteurs venant d'horizons divers. Avec le chapitre 3, je montre comment ces travaux ont mobilisé la catégorie pour défendre trois techniques de dernier recours : l'ECT, les antidépresseurs IMAO et les perfusions de kétamine. La TRD est principalement venue mettre en lumière la place centrale qu'occupait, ou que pouvait occuper, ces techniques dans l'arsenal thérapeutique psychiatrique. Dans le chapitre 4, je montre comment, en France, après la Deuxième Guerre mondiale, je retrace la façon dont le groupe des psychiatres universitaires s'est constitué et a fait de la dépression résistante une partie de son identité professionnelle.

La deuxième partie est consacrée à la description du dispositif qui vise à prendre en charge les dépressions résistantes. Dans le chapitre 5, je décris les formes qu'il prend et la dynamique qui l'anime aujourd'hui. Je défends que le caractère mouvant des professionnels qui y travaillent, des techniques qu'ils emploient et des organisations qu'ils créent, ouvrent sans cesse de nouvelles options thérapeutiques. Avec le chapitre 6, j'analyse comment les soignants évaluent des situations de maladie et à quels types de travail ces évaluations sont associées. Celles-ci, et la dimension morale qui leur est associée, occupent une place centrale dans la détermination des interventions décidées par les médecins. Enfin, dans le chapitre 7, je retrace des trajectoires de maladie types dans le dispositif. Après avoir décrit les grands cadres permettant aux psychiatres de saisir les situations, je montre comment ils suivent les effets de leurs interventions et organisent la sortie de l'hôpital.

La troisième et dernière partie est consacrée à la description de l'organisation du travail dans la phase de traitement des dépressions résistantes. Le chapitre 8 est dédié à la description de l'usage des ECT, des IMAO et des perfusions de kétamine en pratique. Ces trois techniques, et pour des raisons différentes, sont gardées en dernier recours : d'une part, elles nécessitent une organisation particulière ; de l'autre, les psychiatres conservent leur plus grande efficacité pour certaines situations. Enfin, dans le chapitre 9, je montre comment les psychiatres s'engagent dans la phase et comment ils en sortent et vers quels types de situations. Cet engagement, je le compare à un pari, celui que le recours à une technique plus puissante permettra d'améliorer la situation en dépit de risques importants. En outre, plusieurs façons de construire le plan traitement dépendent, entre autres, du cadrage mobilisé pour comprendre les situations. Je pointe les difficultés, pour les psychiatres de mettre en pratique la rhétorique de la vie qui en vaille la peine, souvent au profit de celle de la vie sauvée.

Première partie : Le pouvoir mobilisateur d'une catégorie introuvable

Quels problèmes la catégorie de dépression résistante a-t-elle cherché à résoudre, quels acteurs ont œuvré à ces problématisations, comment et pour quels motifs ? C'est à ce groupe de questions que cette partie historique est consacrée. Depuis les années 1950, malgré son caractère insaisissable, comme en témoigne le grand nombre de définitions proposées, cette catégorie a eu un fort pouvoir mobilisateur au sein de la psychiatrie universitaire. Elle constitue à la fois un aspect de l'identité collective du segment universitaire de la psychiatrie, un motif d'engagement dans la défense de certaines techniques dont l'intérêt est remis en cause et l'élément moteur d'innovations organisationnelles. Comment une catégorie introuvable a-t-elle pu acquérir un tel pouvoir fédérateur ? Je montre qu'elle cristallise un ensemble de questionnements qui touche à l'essence de la thérapie psychiatrique à l'ère de la biomédecine. Elle permet ainsi de stabiliser des catégories nosologiques, des usages de techniques, des savoirs et des discours.

Le premier chapitre revient sur les conditions d'émergence de la catégorie de dépression résistante aux traitements (en anglais *Treatment Resistant Depression* ou TRD). Pour cela, je dépeins la carrière du concept de résistance depuis le 19^e siècle. Dans le deuxième je retrace les différentes tentatives de définir et redéfinir la TRD depuis les années 1970. Dans le chapitre 3, je montre comment la catégorie a permis, dans les années 1970, à des psychiatres européens et d'Amérique du Nord, de défendre l'usage de deux techniques — l'électro convulsivothérapie et les antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine oxydase — dans un contexte de montée des régulations. Plus tard, dans les années 2000, la standardisation de la TRD rend possible la généralisation l'utilisation de la kétamine. Le chapitre 4 nous ramène en France : j'y expose comment le groupe des psychiatres universitaires s'est formé au croisement des grandes transformations de la biomédecine et des mutations de la profession. Dans les années 1980, le groupe structure ses activités et une partie de son identité autour de la TRD, consolidant par là même un ensemble de pratiques antérieures.

Chapitre 1 : Entre malades résistants et maladies résistantes. La carrière du concept de résistance aux XIXe et XXe siècles.

Depuis les années 1990, la catégorie de dépression résistant aux traitements (*Treatment Resistant Depression*, TRD) est discutée, débattue, travaillée dans l'espace des publications médicales internationales. Plusieurs approches sont proposées par les auteurs, chacune faisant l'objet de critiques et de reformulations. Ces approches ont en commun de défendre un cadrage biomédical de la dépression : c'est la maladie, entendue comme entité indépendante des malades, qui résiste aux traitements et non les personnes. Je présente ces différentes conceptions dans le prochain chapitre. Avec celui-ci, je cherche à comprendre ce qui a rendu possible leur émergence.

En effet, en 1990, le concept de résistance n'est pas nouveau en psychiatrie. Dès le début du XIXe siècle, il renvoie à des phénomènes assez divers. En français⁶⁸, le terme possède principalement deux sens : lorsqu'il qualifie des choses, il rend compte de leur capacité à annuler ou diminuer les effets d'une force ou d'une action subie ; s'il est appliqué à des êtres humains, il signifie l'opposition d'une personne à une ou plusieurs autres ou encore son endurance à supporter une épreuve physique. Enfin, le terme peut caractériser une force morale qui consiste à ne pas céder à ses penchants. En psychiatrie, le mot décrit, dans des proportions variables selon la période, à la fois une résistance plus ou moins intentionnelle des malades à ce qu'on leur fait et la persistance de la maladie en dépit des interventions thérapeutiques. À chaque fois, la résistance exprime des visions professionnelles de la maladie mentale, de son traitement ou encore de la relation des cliniciens avec leurs malades. La notion rend compte des efforts des psychiatres pour conceptualiser le combat qui doit être mené contre un processus pathologique qu'elle contribue à définir.

Dans ce premier chapitre, je montre comment la résistance est venue progressivement qualifier principalement non plus des individus, mais des maladies. Ainsi, du début du XIXe siècle aux années 1920, alors que l'aliénisme s'institutionnalise, les aliénistes parlent de la résistance des malades mentaux au système asilaire. Des années 1920 aux années 1950, avec

⁶⁸ Selon le CNRTL, les termes de « résistance » puis « résistance » sont relevés à partir du XIII^e siècle pour désigner la « qualité par laquelle un corps résiste à l'action d'un autre corps » (Mahieu Le Vilain, *Metheores d'Aristote*, fin XIII^e siècle) ou encore « force qui s'oppose, ou annule l'effet d'une autre force » (Oresme, *Livre du ciel et du monde*, 1375). Les termes qualifient ainsi les propriétés physiques d'objets inanimés. À partir du XV^e siècle, le terme qualifie des comportements humains « action de se défendre par les armes, de s'opposer par la force à une personne ou à un groupe qui emploie la force » (Christine de Pisan, *Livre de Charles V*, 1404), ou encore « action de résister moralement à ce qu'on subit » (Marguerite de Navarre, *Nouvelles lettres*, 1527). (<https://www.cnrtl.fr/definition/résistance>)

l'avènement des traitements de choc, le corps des patients schizophrènes est décrit comme naturellement résistant, légitimant le recours répété à ces méthodes thérapeutiques. De 1950 aux années 1980, émerge la résistance aux médicaments psychotropes. Au cours de cette dernière période, la résistance des malades disparaît au profit des maladies résistantes.

1. Lever les résistances à l'institution psychiatrique (1800-1920)

Au cours du XIXe siècle, la résistance est un concept important pour l'aliénisme en cours d'institutionnalisation. Durant la période, le terme est employé pour décrire les malades et non des maladies. La profession naissante cherche alors à faire reconnaître non seulement la curabilité des maladies mentales, mais surtout son pouvoir de les guérir. L'enjeu est de vaincre les résistances à être pris en charge par la profession, mais aussi celles de leur famille. En France, à l'instigation de Philippe Pinel, le projet professionnel de la discipline repose sur la mise en œuvre du traitement moral. Il fait de la levée de la résistance un signe de guérison de la maladie mentale. À la fin du siècle, le terme s'enrichit d'un sens psychologique et décrit autant des comportements que des pensées malades. Avec l'avènement de la psychanalyse, la signification de la résistance s'étoffe encore et vient caractériser le refus inconscient des malades à guérir qu'il faut pouvoir interpréter.

1.1 Le traitement moral de Pinel : lever la résistance des malades

Depuis le milieu du XVIIe siècle, les « fous » étaient enfermés dans des hôpitaux généraux qui accueillaient également une population de personnes jugées dangereuses : les vagabonds, les mendiants, les invalides, les prostituées⁶⁹. À Paris, les cas de folie considérés curables, c'est-à-dire d'apparition récente, étaient pris en charge à l'Hôtel-Dieu. Lorsque l'état des malades ne s'améliorait pas, ils étaient dirigés vers des hospices pour incurables, à la Salpêtrière ou à Bicêtre. Jan Goldstein, dans *Consoler et classifier*, montre comment l'aliénisme émerge à la fin du XVIIIe siècle de la convergence de conceptions issues d'une partie de la médecine et de la bureaucratie étatique autour du projet de guérir la folie⁷⁰. D'une part, dans les années 1780, une idée nouvelle apparaît : « [que] par la diligente application de

⁶⁹ (Foucault, 1976)

⁷⁰ (Goldstein, 2001)

mesures rationnelle, le nombre de guérisons [des aliénés] tendrait à augmenter»⁷¹. Ces réformateurs transforment la folie en un problème social méritant une réponse propre et ils proposent d'en confier le traitement à des institutions spécifiques, les asiles. En 1798, un arrêté interdit ainsi l'admission des fous à l'Hôtel-Dieu et oblige à les adresser aux hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre. D'autre part, et dans ce contexte s'organise un groupe de médecins qui réclame le monopole de la définition et la gestion de la folie : les aliénistes. Ce mouvement de réforme aboutit, non sans difficultés, à la loi du 30 juin 1838 sur l'enfermement des aliénés. Cette loi prévoit que chaque département soit doté d'un asile pour accueillir ses aliénés et elle distingue deux modes d'admission : les « placements d'offices », ordonnés par les préfets, et les « placements volontaires », à la demande des familles. Enfin, elle crée un nouveau corps professionnel de fonctionnaires, les médecins des asiles.

Un des premiers médecins réformateurs, Philippe Pinel, reprend à son compte le projet de fonder des lieux de prise en charge spécifiques pour la folie⁷². Il développe une méthode originale de traitement, le célèbre « traitement moral », qu'il applique dans les services dont il a la responsabilité à la Salpêtrière et à Bicêtre. Avec cette méthode, Pinel opère une double rupture. D'un côté, il formule des idées nouvelles sur l'étiologie de la folie : selon lui, l'aliénation mentale peut exister sans lésion cérébrale et procède de causes « morales ». D'un autre côté, il propose d'en repenser le traitement : celui-ci ne doit pas consister exclusivement en des interventions physiques, mais intégrer un ensemble de techniques « morales » basées sur la persuasion, le réconfort ou, au contraire, la menace. Il se montre d'ailleurs extrêmement critique à l'égard des pratiques d'autres médecins européens qui utilisent des traitements physiques. Ainsi, dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, dont la première édition paraît en 1801, il décrit que lorsque ces traitements restent sans effet, cela conduit à leur répétition et à ce qu'une « sorte de démence remplace la manie ».

Avec le traitement moral, l'enjeu est de « lever la résistance des malades »⁷³, c'est-à-dire la résistance à s'exprimer devant un psychiatre et à se plier aux règles de l'asile. C'est l'instauration d'un climat de peur qui doit permettre de vaincre ces résistances. Ainsi, dans un autre ouvrage, le *Traité complet du régime sanitaire des aliénés, ou manuel des établissements qui leur sont consacrés*, paru en 1836, il décrit ce climat. « On aura donc soin de s'entourer d'une force imposante, en se faisant accompagner de cinq ou six infirmiers [...]. On inspire ainsi la crainte, et l'on rend impossible toute idée de résistance ». Tout au long du XIXe siècle,

⁷¹ (Goldstein, 2001) p.72

⁷² (Goldstein, 2001)

⁷³ (Pinel, 1809)

on retrouve dans la plupart des traités de langue française portant sur les maladies mentales cette notion que le traitement doit conduire à surmonter la résistance des aliénés, celle-ci étant conçue par rapport à l'institution asilaire⁷⁴.

1.2 Se résister à soi-même : la naissance de la résistance inconsciente

Dans le dernier tiers du XIXe siècle, le sens de la résistance des malades mentaux s'enrichit. En plus de désigner le comportement de malades internés, le terme qualifie des pensées altérées par la maladie mentale. On passe d'une résistance comportementale à une résistance psychologique. Ce phénomène peut être compris dans un double mouvement. D'une part, des aliénistes comme Valentin Magnan, en France, ou Emil Kraepelin en Allemagne, contribuent à identifier des pathologies mentales délimitées par leur évolution au long cours⁷⁵. L'absence ou l'excès de résistance des malades à leurs pensées deviennent des symptômes clés de ces pathologies. D'autre part, l'invention d'un nouvel espace, le cabinet de consultation neuropsychiatrique, et de nouvelles techniques thérapeutiques, la psychanalyse et l'hypnose, concourent à faire émerger une réflexion sur des formes de résistance inconsciente. Avec la psychanalyse, notamment, la compréhension du sens de ces résistances est un point de passage obligé pour conduire le malade vers la guérison.

Dans le contexte français, l'aliéniste Valentin Magnan contribue à élaborer la notion de psychose chronique⁷⁶. Dans ses écrits, il mobilise le terme de « résistance », « résister » et « irrésistible » pour qualifier l'incapacité des malades mentaux à ne pas céder à leurs propres impulsions. Cette absence de résistance des malades à eux-mêmes devient un symptôme cardinal des maladies mentales. J.M. Charcot, au cours de ses expérimentations sur l'hypnose, décrit des cas de patientes « hystériques » résistantes à la méthode. S'il ne précise pas si ce phénomène est volontaire ou non, il situe leur résistance dans leur intériorité psychologique qu'il considère dès lors comme pathologique.

Dans l'espace des publications des aliénistes germanophones, le terme résistance (*Widerstand*) conserve le sens que lui avaient donné les auteurs français, mais il s'enrichit

⁷⁴ On peut citer les travaux d'Esquirol (*Des illusions chez les aliénés. Question médico-légale sur l'isolement des aliénés* 1832 <https://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb30407014f>); de Bénédicte Morel (*Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés* 1852, <https://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb37275430c>); de Benjamin Ball (*Leçons sur les maladies mentales* 1880 <https://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb30049677m>); ou encore de Jules Baillarger (*Recherches sur les maladies mentales* 1890 <https://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb30047234r>).

⁷⁵ (Henckes, 2007)

⁷⁶ (Henckes, 2011)

d'autres significations. C'est notamment le cas d'Emil Kraepelin et Eugen Bleuler, qui théorisent la démence précoce puis la schizophrénie entre la fin du XIXe siècle et le début du XXe⁷⁷. Comme leurs homologues français, la résistance est comprise comme un élément de description du comportement des malades dans les asiles. L'usage des termes « résistance » et « résister » est cependant élargi jusqu'à faire des maladies mentales des pathologies de la résistance à soi-même, aux autres et à l'institution. La résistance devient une propriété intrinsèque des maladies mentales qui en vient à définir les malades dans leur entièreté. La résistance peut désigner un excès, ou une qualité qui fait défaut. Ainsi, d'un patient atteint de ce qu'il qualifie une « stupeur catatonique », Kraepelin écrit : « d'une part, il se laisse docilement aller à faire tout ce que l'on veut, tandis que de l'autre il refuse d'exécuter ce qu'on lui demande ou résiste aux incitations normales de la volonté »⁷⁸. Eugen Bleuler, influencé par les écrits de S. Freud, enrichit l'analyse Kraepelinienne en introduisant un niveau d'analyse psychologique à ces descriptions sémiologiques. Il décrit la schizophrénie comme une pathologie opposant des résistances au cours de la pensée des malades. La levée de ces résistances devient un prérequis pour interpréter le sens des symptômes. Ces interprétations sont partagées aux malades, « sitôt que les résistances sont surmontées »⁷⁹.

Poursuivant les travaux de J.M. Charcot, S. Freud, neuropsychiatre viennois, fait de la résistance psychologique un concept incontournable de son corpus théorique. Il élabore la technique psychanalytique dans un autre contexte institutionnel que les auteurs précédents, le cabinet de neuropsychiatrie. Contrairement aux espaces asilaires, les personnes consultent d'elles-mêmes. La cure psychanalytique évolue pour devenir un dispositif visant à prendre en charge la résistance aux interprétations de l'analyste. Élisabeth Roudinesco et Michel Plon⁸⁰, historiens et psychanalystes, affirment ainsi que le « processus de résistance participe au même titre que le transfert, de la naissance de la psychanalyse. Mais il y est encore plus directement associé ». J. Laplanche et J.-B. Pontalis⁸¹ soulignent que dans un de ses premiers écrits, les *Études sur l'hystérie* (1895), S. Freud indique qu'il renonce à recourir à l'hypnose avec les patientes : non seulement « cela mobilisait [leur] résistance »⁸², mais surtout cette résistance est ininterprétable. Pour S. Freud, les souvenirs sont groupés selon le degré de résistance à l'analyse avec, en leur centre, le souvenir pathogène. L'enjeu de la cure psychanalytique est de

⁷⁷ (Bleuler, 1911; Kraepelin, 1907)

⁷⁸ (Kraepelin 1907) p.45

⁷⁹ (Bleuler 2012) p.660

⁸⁰ (Roudinesco & Plon, 2006)

⁸¹ (Laplanche et al., 2007)

⁸² *Ibid.*

créer un type de relation particulier avec l'analysé, qu'il nomme le transfert, et qui doit permettre d'atteindre ce souvenir auquel l'inconscient refuse l'accès. Alors qu'auparavant la résistance à la thérapie n'était qu'un signe de pathologie mentale, la cure psychanalytique est construite comme une mise en sens de celle-ci.

2. Traitements de choc, corps résistants (1920-1950)

Durant la première moitié du XXe siècle, les aliénistes européens et nord-américains mettent au point une série de nouvelles techniques thérapeutiques promettant de guérir les maladies mentales. Elles ont en commun d'agir sur les maladies mentales par l'intermédiaire d'une intervention sur le corps des malades : hydrothérapie, stérilisation, malariathérapie, choc à l'insuline, au cardiazol, électrochocs et enfin lobotomie⁸³. Leurs promoteurs forment une petite communauté internationale de praticiens circulant entre les mondes de la clinique et du laboratoire de neurophysiologie : ils se lisent, communiquent dans des congrès internationaux, se rendent visite au cours de voyages d'observation clinique et scientifique. Dans ce contexte, la résistance vient caractériser la persistance de la maladie mentale malgré les chocs et plus seulement la résistance intentionnelle, consciente ou non, des malades au traitement. À cet égard, la schizophrénie est décrite comme une maladie qui résiste naturellement aux thérapies de choc. Les schizophrènes résistants au traitement sont définis comme constituant le cœur de la catégorie nosologique. Ces hypothèses légitiment la multiplication et la répétition des chocs chez ces malades. Les praticiens continuent cependant à parler de la résistance des malades à la réalisation des interventions, en particulier dans une perspective psychanalytique.

2.1 L'invention des chocs

Dans les années 1920, un nouvel esprit thérapeutique émerge dans les pays européens, et il consiste à administrer une variété de substances aux malades mentaux dans l'espoir de les voir guérir⁸⁴. Cet esprit est bien illustré par un ouvrage paru en 1926 sous le titre de *traitement des maladies mentales par les chocs*⁸⁵. Celui-ci est coécrit par Constance Pascal et Jean Duvesne, deux psychiatres de l'asile de Moisselles⁸⁶. Pour induire ces chocs, ils décrivent une

⁸³ (Braslow, 1997)

⁸⁴ (Braslow, 1997)

⁸⁵ (Pascal & Duvesne, 1926)

⁸⁶ Constance Pascal et Jean Duvesne n'occupe pas de fonction universitaire et occupent une place périphérique au sein de la profession psychiatrique

série de techniques : l'injection d'extraits de thymus, de protéines, de métaux, d'hormones ou de produits chimiques et radioactifs. Le choc par la fièvre figure parmi ces techniques, reprenant les travaux de Wagner Jauregg sur l'inoculation du paludisme⁸⁷. Ces techniques ne sont pas pensées pour traiter des pathologies spécifiques et sont utilisées de manière empirique : « [la méthode des chocs] n'a pas de posologie à formule précise, mais le critérium de sa valeur c'est le succès pratique ». Ces auteurs se posent en défenseurs d'un certain interventionnisme thérapeutique dont l'enjeu est de repousser l'inscription des maladies dans la durée. La répétition des chocs ouvre la possibilité que surviennent des « miracles biologiques provoqués » et éviter, quoiqu'il en coûte, le passage à la chronicité.

Le livre de C. Pascal et J. Duvesne reste initialement une entreprise isolée. Avant les années 1930, l'engouement pour les techniques de choc demeure limité⁸⁸. Une décennie plus tard, on assiste à un enthousiasme plus marqué, avec la description d'une nouvelle série de méthodes qui semblent avoir des résultats probants et notamment la cure de Sakel, la Cardiazolthérapie puis les électrochocs. La cure de Sakel, ou choc hypoglycémique, consiste à induire un coma par administration d'insuline à forte dose puis à donner du sucre aux patients pour les réveiller⁸⁹. L'insuline est isolée comme hormone hypoglycémisante en 1921 et disponible pour l'usage humain dès 1922. Dans un premier temps, elle est donnée dans les asiles pour forcer les malades à s'alimenter ou encore pour traiter les psychoses alcooliques. Plusieurs expérimentations de traitement par coma hypoglycémique sont menées dans différents établissements du continent européen, mais c'est Manfred Sakel, un psychiatre d'origine austro-hongroise, actif à Berlin au début des années 1930, qui en fait la première description détaillée⁹⁰. Il administre des doses croissantes d'insuline aux malades. Dans un premier temps, il publie en 1930 un article sur le traitement de l'addiction à la morphine par le coma hypoglycémique. En 1933, fuyant le régime nazi, il retourne à Vienne et applique la méthode à des patients atteints de schizophrénie. La cure de Sakel est rapidement reprise dans toute l'Europe et aux États-Unis.

⁸⁷ À partir de 1917, Julius Wagner Jauregg, médecin autrichien, inocule une série de produits à des traumatisés de guerre. Il montre que l'induction d'une forte fièvre permet d'améliorer l'état de certains malades. Il obtient les meilleurs résultats en inoculant le paludisme (malaria) à des patients atteints de paralysie générale (forme neurologique de la syphilis). Il obtient le prix Nobel de médecine en 1927 pour la description de la malaria thérapie des paralysés généraux (Braslow, 1997)

⁸⁸ Nicolas Henckes rapporte les propos de Georges Génil-Perrin, aliéniste du département de la seine, qui fait le constat suivant en 1931 : « Cette thérapeutique des chocs, en neurologie et en psychiatrie, ne donne pas de résultats comparables à ceux que l'on obtient dans le domaine des infections. Mais il est utile d'en poursuivre systématiquement l'expérimentation ». (Genil-Perrin, 1931) cité par (Henckes, 2007)

⁸⁹ (Shorter & Healy, 2007)

⁹⁰ *Ibid.*

Si M. Sakel est principalement guidé par l'empirie, d'autres thérapies sont conçues à partir de théories élaborées au laboratoire de physiologie. C'est le cas du traitement au Cardiazol, décrit par l'aliéniste et physiologiste Ladislaus Meduna⁹¹. Celui-ci est employé depuis 1922 dans un institut de recherche de Budapest⁹² dirigé par le neuroanatomiste et neuropathologiste Karl Schaffer. L. Meduna part du constat de K. Schaffer que les patients épileptiques présentent une prolifération excessive des cellules gliales, les cellules de soutien des neurones. Il s'étonne qu'au contraire, ces cellules apparaissent en petit nombre dans les cerveaux issus d'autopsies de patients schizophrènes. Il développe la théorie d'un antagonisme entre épilepsie et schizophrénie. Afin de confirmer son hypothèse il mène une enquête épidémiologique dans un hôpital de Budapest et montre qu'il est rare qu'un patient schizophrène soit épileptique et inversement. En 1934, il publie le résultat d'expériences au cours desquelles il induit des crises d'épilepsie chez des cochons d'Inde en leur injectant du camphre. À ce moment-là, il a déjà commencé à traiter certains patients psychiatriques de la même manière⁹³. En 1935, il publie une étude rapportant la guérison de quelques patients en utilisant cette fois-ci un dérivé du camphre, le pentylènetétrazol, connu en Europe sous le nom de Cardiazol et Metrazol aux États-Unis⁹⁴. La technique connaît un certain succès, mais elle est rapidement abandonnée au profit de l'électrochoc, plus fiable. En effet, avec le Cardiazol, les médecins constatent une grande variabilité selon les personnes des doses à administrer, mais aussi du délai entre l'administration du traitement et la crise, ou encore du temps de retour à la conscience. Le Cardiazol produit également des effets sur le cœur, ce qui rend la technique risquée. Par ailleurs, l'hypothèse de l'antagonisme entre épilepsie et schizophrénie est rapidement invalidée. Par ses travaux, L. Meduna a cependant ouvert une idée : les convulsions peuvent soigner la schizophrénie.

Au moment où il met au point la convulsivothérapie par le Cardiazol, le psychiatre italien Ugo Cerletti et son assistant Lucio Bini mettent au point une technique de choc basée sur l'électricité. Pour cela, ces derniers ont dû faire converger deux idées⁹⁵ : les chocs électriques peuvent guérir les maladies mentales ; les convulsions peuvent traiter la schizophrénie. Ils opèrent cette convergence en les liant à une troisième idée : l'électricité peut induire des convulsions. L'idée que les chocs électriques peuvent soigner les maladies mentales

⁹¹ (Shorter & Healy, 2007)

⁹² *Ungarische Interakademische Institut für Hirnforschung*

⁹³ (Meduna, 1934)

⁹⁴ (Meduna, 1935)

⁹⁵ J'emprunte la notion d'idée à Ludwik Fleck (Fleck, 2008). Je tente de suivre les « lignes de développement » qui ont conduit des médecins à mettre au point l'électrochoc, mais aussi les collectifs de pensée qui ont permis le développement des idées nécessaires à son émergence

remonte au XVIIIe siècle et a permis d'élaborer un ensemble de techniques : le bain électrique, l'électrisation par étincelles et la commotion au XVIIIe siècle⁹⁶ ; le « vertige Voltaïque » de Joseph Babinski à la fin du XIXe siècle⁹⁷ ; les courants galvaniques pendant la Première Guerre mondiale⁹⁸. D'autre part, l'idée que l'électricité peut induire des crises convulsives est, elle, développée par des physiologistes français et suisses⁹⁹ à partir de la fin du XIXe siècle.

Tout comme L. Meduna, l'électrochoc est mis au point à partir d'expériences animales dans un laboratoire de physiologie. H. Cerletti a étudié l'histopathologie à Heidelberg auprès de Franz Nissl¹⁰⁰ avant de monter son propre laboratoire de neuropathologie de retour à Rome. En 1934, il parvient à induire des crises convulsives chez des chiens sans qu'ils décèdent. Pour cela, il utilise une machine inventée par Lucio Bini, autre psychiatre romain, qui permet de régler l'intensité du courant délivré. En 1936, devenu professeur, il envoie ses deux assistants, Lucio Bini et Lothar Kalinowsky, en voyage à Vienne afin qu'ils apprennent le maniement de la cure de Sakel et du choc au Cardiazol. En avril 1938, avec ses assistants et son équipe, Ugo Cerletti réalise le premier électrochoc sur un homme de 40 ans diagnostiqué alcoolique et schizophrène¹⁰¹. Après onze séances de choc, le patient est déclaré guéri. Le cas est présenté à l'académie de médecine de Rome le 28 mai 1938 en présence du patient, qui reçoit une séance d'électrochoc devant l'assemblée. En 1940, Cerletti publie la description de la technique dans la *Rivista Sperimentale di Freniatria* (revue expérimentale de psychiatrie) qu'il baptise *elettroshok*. En quelques années, elle rencontre un rapide succès dans le monde occidental. En dehors d'Italie, c'est le psychiatre Berlinois Lothar Kalinowsky qui contribue à sa diffusion¹⁰². En France, celle-ci pénètre par plusieurs voies. Dans un premier temps, pendant l'occupation, les médecins militaires allemands réquisitionnent des bâtiments de l'hôpital Sainte-Anne à Paris et ils y traitent leurs soldats atteints de troubles mentaux. Parallèlement, à partir de 1940,

⁹⁶ L'historien François Zanetti montre comment ces trois procédés ont acquis une certaine légitimité au XVIIIe siècle avant de n'être réservé qu'aux populations les plus pauvres (Zanetti, 2017)

⁹⁷ Les psychiatres François Caroli et François Edel décrivent les usages de l'électricité à la fin du XIXe siècle par Charcot et ses élèves pour traiter des pathologies fonctionnelles telles que les névroses ou l'hystérie (Edel & Caroli, 1987)

⁹⁸ L'électrisation des traumatisés de guerre est utilisé par les aliénistes pour démasquer les simulateurs (Fassin & Rechtman, 2010)

⁹⁹ Ces recherches sont initiées par le physiologiste Français Stéphane Leduc (Delay, 1950) et continués par les physiologistes suisses Federico Batelli et Jean-Louis Prévost qui travaillent sur les effets biologiques des courants électriques (Lapine et al., 1947)

¹⁰⁰ Psychiatre et neurologue Allemand. Il a travaillé avec Aloïs Alzheimer à Francfort puis avec Emil Kraepelin à Heidelberg. Il a donné son nom à une technique de coloration des neurones ainsi qu'aux « corps de Nissl » structure cellulaire des corps neuronaux.

¹⁰¹ (Shorter & Healy, 2007)

¹⁰² L'historienne Lara Rzesnitsek pointe le rôle fondamental de Lothar Kalinowsky dans la diffusion de la technique en Europe puis aux États-Unis (Rzesnitsek, 2015)

des psychiatres français mettent au point leurs propres machines à électrochoc selon les indications données par Ugo Cerletti dans ses articles¹⁰³.

2.2 Théoriser la résistance du corps des malades mentaux

Ces techniques agissant sur les maladies psychiatriques par une intervention sur le corps donnent un sens nouveau à la résistance. Dès lors, le terme vient qualifier le corps des malades puis, par extension, les maladies qui y sont inscrites. Dès les années 1920, il est utilisé pour décrire les propriétés physiologiques et anatomiques des patients schizophrènes. Leurs neurones passent pour être moins résistants au stress¹⁰⁴, leur peau moins résistante au passage de courants électriques¹⁰⁵ et ils seraient plus sensibles à l'infection au bacille de la tuberculose¹⁰⁶. Dans les années 1930, il vient qualifier des maladies dont le cours n'est pas affecté par l'usage des chocs. Les auteurs ne problématisent cependant pas le concept qui ne fait pas l'objet d'études spécifique. Les mots « *resistant* » et « *resistive* » n'apparaissent que rarement dans les titres de ces publications et ils sont peu définis. Ils servent à caractériser l'échec des traitements à produire un effet immédiat sur le corps des patients pendant les chocs comme à modifier leur état pathologique à plus long terme. La plus grande résistance physique des patients aux chocs témoigne alors de l'origine biologique de leur pathologie et légitime le recours répété à ces méthodes. Ainsi, le psychiatre britannique Gérald Francis Graham, dans sa thèse de médecine¹⁰⁷, décrit le cas d'une patiente schizophrène de 37 ans à qui il réalisa des cures d'insuline. Malgré d'importantes doses, elle ne tombait pas dans le coma et gardait des idées délirantes de grandeur, de sorte qu'il la qualifie de « *insulin resistive type* ». Il fait l'hypothèse que les schizophrènes sont résistants à l'insuline de façon « biogénétique », et ce particulièrement lorsqu'ils sont en phase aiguë de la maladie. De même, à partir de la fin des années 1930, les publications consacrées aux électrochocs utilisent spécifiquement la notion de résistance pour qualifier la difficulté à induire une crise convulsive chez certains patients¹⁰⁸.

Les sens donnés à la résistance dans la période précédente continuent à être employés. Dans la lignée des textes du début du siècle, les termes « *resistant* » et « *resistive* » sont

¹⁰³ En 1940 le médecin chef de l'asile de Ville-Evrard, Jacques Rondepierre met au point un appareil à l'aide de son collègue radiologue, Marcel Lapipe. Cet appareil est concurrencé dès mars 1941 par un appareil mis au point par Paul Delmas-Marsalet, professeur de psychiatrie à Bordeaux (Edel & Caroli, 1987)

¹⁰⁴ (Rawlings, 1920)

¹⁰⁵ (Richter, 1928)

¹⁰⁶ (Bogen et al., 1934)

¹⁰⁷ (Graham, 1930)

¹⁰⁸ (Shepley & McGregor, 1940)

mobilisés pour qualifier l'opposition des malades aux séances de choc. Aux États-Unis, et dans une perspective psychanalytique, des psychiatres soulignent les effets des chocs sur le « psychisme » des malades. Ils recommandent de mener un travail de psychothérapie en même temps que la cure de choc : « il verbalisait de façon répétée sa peur de mourir, et il pouvait accepter la mort avec résignation ou résister violemment à la menace de mort »¹⁰⁹.

Les auteurs de ces publications médicales, principalement nord-américains et britanniques, isolent alors un groupe de patients : les « *resistant schizophrenics* ». Ce groupe est particulièrement au centre de deux ensembles de travaux. Le premier s'attache à décrire quels traitements utiliser lorsqu'une première cure de choc n'a pas fonctionné. Walter Freeman, le psychiatre américain qui s'est rendu célèbre pour avoir généralisé le recours à la lobotomie transorbitale aux États-Unis, recommande la technique pour traiter « les cas de dépression involutive qui sont résistantes aux électrochocs »¹¹⁰. Certains psychiatres proposent de poursuivre les cures de comas insuliniques¹¹¹, les chocs au Cardiazol¹¹², les cures de sommeil¹¹³ même lorsque les patients sont résistants aux électrochocs. D'autres auteurs suggèrent d'ajouter d'autres médicaments (comme de la Scopolamine au cours des chocs au Cardiazol¹¹⁴) ou d'en éviter certains autres (les bromides et les barbituriques¹¹⁵) pour soigner des malades jusque-là résistants aux électrochocs.

Dans le second ensemble de travaux, les psychiatres cherchent à prédire l'évolution des malades résistants et à faire des hypothèses sur la nature de leur maladie. Par exemple une étude menée à l'hôpital de Bellevue de New York, en 1937, par quatre psychiatres¹¹⁶ sur 60 patients schizophrènes suggère que certains d'entre eux développent une résistance qu'ils qualifient d'absolue au traitement par insuline. « Ces patients ne montraient aucune réaction marquée, même à de très fortes doses, et nous avons appris à regarder cette résistante comme significative pour le pronostic »¹¹⁷. Une dizaine d'années plus tard, le premier auteur, J. Wortis¹¹⁸ fait paraître dans la même revue un article dans lequel il tente de déterminer des critères pronostiques, c'est-à-dire permettant de prévoir l'issue d'une cure de Sakel. Selon lui, le

¹⁰⁹ (Jacobson, 1950)

¹¹⁰ (W. Freeman, 1948)

¹¹¹ (Billig & Sullivan, 1943)

¹¹² (Bowman et al., 1939)

¹¹³ (Geoghegan, 1949)

¹¹⁴ (Edlin & Klein, 1940)

¹¹⁵ (Wyllie, 1938)

¹¹⁶ J. Wortis, K.M. Bowman, L.L. Orenstein et I.J. Rosenbaum (Wortis et al., 1937)

¹¹⁷ « In a few of our chronic cases we have witnessed an absolute resistance to insulin: these patients showed no marked reactions even to very high doses, and we have learned to regard this resistance as prognostically significant »

¹¹⁸ (Wortis, 1948)

traitement a de bonnes chances de réussir si les patients sont en phase aiguë et que le délire est arrivé brutalement. En revanche, le pronostic paraît nettement défavorable si la maladie est installée depuis plusieurs années ou que les symptômes sont survenus de façon insidieuse et « s'intégrant dans la structure de la personnalité ». La plupart des auteurs de ces publications font de ce groupe de patients le cœur de la catégorie diagnostique de schizophrénie. Selon les psychiatres américains W. H. Shepley et J. S. McGregor¹¹⁹ : « Il semble fondamentalement important de différencier les véritables schizophrénies malignes endogènes et les types de réactions exogènes relativement bénignes, dont beaucoup sont récupérables. C'est dans les cas résistants aux chocs que nous trouvons les véritables schizophrénies endogènes, justement appelées démence précoce par les cliniciens plus âgés ». La référence à Emil Kraepelin est explicite : la schizophrénie est *par nature* résistante aux traitements.

3. Définir les troubles résistant aux psychotropes (1950-1990)

À partir des années 1950, la psychiatrie se dote de nouvelles techniques thérapeutiques, les médicaments psychotropes. En 1952, les psychiatres français Jean Delay et Pierre Deniker décrivent l'action de la chlorpromazine sur les états d'agitation et de délire, ouvrant la voie à la découverte d'un ensemble de molécules au profil similaire. Dans la décennie suivante, la standardisation des usages de ces psychotropes conduit à l'essor des concepts de neuroleptique, d'antidépresseur, d'anxiolytique, de thymorégulateur et d'antipsychotique pour qualifier l'effet spécifique de ces molécules sur certains syndromes. Les efforts pour décrire ces effets contribuent en retour à transformer les nosographies, certaines entités cliniques, comme la dépression, prenant un sens nouveau. De plus, d'autres acteurs entrent dans l'arène : l'industrie pharmaceutique qui commercialise ces molécules, mais aussi les agences gouvernementales de régulation du médicament. En même temps que le reste de la médecine, la psychiatrie se dote d'outils standardisés : les échelles de symptômes, les essais cliniques et une autre façon d'élaborer les classifications de maladies. Dans ce contexte, les publications problématissent la résistance aux traitements d'une manière inédite. D'une part, la résistance rend compte de l'absence de réaction des organismes à des molécules spécifiques. D'autre part, les chimiothérapies permettent de proposer de varier les réponses en cas de résistance, comme augmenter les doses ou effectuer des combinaisons de médicaments.

¹¹⁹ (Shepley & McGregor, 1940)

3.1 Décrire les effets neuroleptiques et antidépresseurs

On doit la synthèse de la chlorpromazine au chimiste français Paul Charpentier en 1950. Celui-ci teste alors pour la firme Rhône-Poulenc des produits aux effets antihistaminiques pour un usage en anesthésie. En 1951, à l'hôpital du Val de Grâce, l'anesthésiste Henri Laborit utilise le composé en association à d'autres molécules pour placer les patients dans un état de sommeil et traiter une vaste gamme de pathologies. Dès 1952, à l'hôpital Sainte-Anne, Jean Delay et Pierre Deniker essaient le médicament seul et à plus forte dose pour apaiser les agitations et les délires¹²⁰. Dans un premier temps, ils s'en servent pour induire un sommeil artificiel, dans une logique proche des techniques de choc. J. Delay et P. Deniker reprennent initialement à Henri Laborit le terme de « ganglioplégique » pour caractériser la molécule¹²¹. En 1955, ils proposent celui de neuroleptique, soulignant ainsi spécifiquement ses effets sur le psychisme. Ils décrivent que la molécule génère chez les malades un état de sédation et d'indifférence. En 1957, alors qu'ils testent un nouveau composé dérivé de la chlorpromazine, ils observent qu'il provoque des manifestations neurologiques proches de celles constatées chez les patients ayant une maladie de Parkinson. Ils suggèrent que l'induction d'un syndrome parkinsonien est une condition sine qua non pour obtenir l'effet neuroleptique¹²². Plus généralement, ils considèrent que le médicament ne traite pas une pathologie en particulier, mais produit un ensemble d'effets qu'ils cherchent à caractériser précisément. Cette vision holiste de l'efficacité des neuroleptiques est progressivement remplacée par l'idée que ces molécules agissent spécifiquement sur la schizophrénie¹²³. Cette conception est essentiellement développée par les psychiatres nord-américains et britanniques, favorisée par l'usage croissant des essais cliniques et des échelles standardisées. En outre, elle est appuyée par de nouveaux savoirs scientifiques qui postulent, dès les années 1960, que la schizophrénie résulte d'un déséquilibre de l'activité des neurones à dopamine dans certaines régions cérébrales. Cette hypothèse est renforcée par la découverte de l'action des neuroleptiques sur l'activité de ces neurones¹²⁴.

À la fin des années 1950, un autre effet psychotrope est identifié, l'effet antidépresseur, et contribue à l'émergence d'une nouvelle catégorie diagnostique, la dépression¹²⁵. Deux psychiatres décrivent en même temps cet effet : en Suisse, Roland Kühn avec l'imipramine,

¹²⁰ (Swazey, 1974)

¹²¹ C'est-à-dire qui contre l'effet du système nerveux sympathique

¹²² (Moncrieff, 2013)

¹²³ (Henckes, 2016)

¹²⁴ (Healy, 2009)

¹²⁵ L'effet des amphétamines sur la dépression avait cependant été débattu dès les années 1940, sans que ceux-ci n'aboutissent à l'élaboration de la notion d'antidépresseur (Rasmussen, 2008)

premier antidépresseur tricyclique, et aux États-Unis, Nathan Kline avec les inhibiteurs de la monoamine-oxydase. Le terme, souligne Joanna Moncrieff, connaît une forte popularité dans les publications scientifiques dès la fin des années 1950¹²⁶. La plupart des psychiatres sont alors enclins à reconnaître dans ces molécules des moyens de traitement spécifiques des dépressions. Alain Ehrenberg indique ainsi que les médicaments antidépresseurs ont permis de réunir deux ensembles nosologiques : d'une part les mélancolies, délires centrés autour d'un profond désespoir, et un groupe de pathologies aux contours plus vagues englobant les névroses, la neurasthénie ou la psychasthénie¹²⁷. Tout comme pour la schizophrénie, la popularité des antidépresseurs est contemporaine de la découverte de leur action sur des neurotransmetteurs, précisément la noradrénaline et la sérotonine¹²⁸. Ces découvertes conduisent à la formulation de la « théorie monoaminergique de la dépression » qui postule que la pathologie est associée à un déficit de ces neurotransmetteurs dans le système nerveux central, déficit corrigé par les antidépresseurs.

Dès les années 1970, l'industrie pharmaceutique cherche à commercialiser des médicaments antidépresseurs donnant moins d'effets indésirables que les antidépresseurs tricycliques et IMAO. En 1974, la firme suisse Ciba met sur le marché la maprotiline, un antidépresseur dit tétracyclique. Jean-Paul Gaudillière et Lucier Gerber ont montré comment sa stratégie de marketing a contribué à transformer la dépression, jusque-là considérée comme une maladie grave essentiellement traitée dans les asiles, en une pathologie courante, soignable en médecine générale¹²⁹. Elle fait notamment la promotion d'une catégorie diagnostique inédite, la dépression masquée. En 1982, une nouvelle classe de médicament est commercialisée par la firme Astra : les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS), dont la zimélidine est le premier représentant¹³⁰. Plusieurs cas de Guillain-Barré¹³¹ secondaires à la prise de la molécule sont observés dans les années suivantes et il est rapidement retiré du marché. Commercialisée en 1986 sous le nom de Prozac, la fluoxétine est le premier ISRS à connaître un franc succès¹³². De nombreux ISRS, puis inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) sont ensuite synthétisés et mis en vente. Ces nouveaux traitements sont certes mieux supportés par les patients, mais des publications montrent qu'ils ne sont pas plus efficaces que les antidépresseurs de première génération.

¹²⁶ (Moncrieff, 2008)

¹²⁷ (Ehrenberg, 2008)

¹²⁸ (Mulinari, 2012)

¹²⁹ (Gerber & Gaudillière, 2016)

¹³⁰ (Healy, 1997; Mulinari, 2015)

¹³¹ Affection neurologique potentiellement fatale

¹³² Cette découverte a été décrite ailleurs (Healy, 1997; Kramer & Brody, 1994; Metzl, 2003)

3.2 Créer et diffuser des standards : essais cliniques, échelles de symptômes et classifications diagnostiques

Nicolas Henckes a montré comment, à partir des années 1950, la création de standards pour juger de l'efficacité des neuroleptiques a, en même temps, contribué à façonner l'idée qu'ils avaient provoqué une révolution en psychiatrie¹³³. Ces outils d'évaluation et d'organisation de la discipline constituent une nouvelle infrastructure incluant des classifications, des échelles et des essais cliniques. Leur invention est le résultat d'interactions complexes entre les processus d'innovation et de standardisation de l'industrie pharmaceutique et de la clinique, mais aussi des administrations étatiques.

3.2.1 L'émergence des essais cliniques

Après les années 1950, le régime de preuve encadrant la commercialisation de nouvelles molécules change. Harry Marks¹³⁴ montre comment tout au long du XXe siècle des « réformateurs thérapeutiques ont travaillé à un but commun : s'assurer que les pratiques thérapeutiques des médecins étaient gouvernées par la science et non par les “idoles du marché” ou des caprices de l'opinion publique »¹³⁵. « [Ils] opèrent à partir des îlots de médecine universitaire »¹³⁶ qui ont perdu la confiance de leurs prédécesseurs dans le jugement de cliniciens experts. Ils cherchent moins, comme dans les années précédentes, à créer des institutions qui encadreront les usages, qu'à développer un nouveau régime de preuve. Ils proposent un « critère impersonnel d'intégrité scientifique : l'essai contrôlé randomisé en double aveugle ».

Ce mouvement social de réforme nourrit les changements qui ont lieu dans le mode de régulation des médicaments par les agences gouvernementales, notamment à l'instigation de la *Food and Drug Administration* (FDA) aux États-Unis. Alors que dans les années 1930, l'agence sollicitait l'avis de chercheurs expérimentés pour évaluer les nouveaux traitements, à partir des années 1970, elle commence à exiger que toute assertion sur les produits de santé s'appuie sur « des recherches cliniques adéquates et bien contrôlées ». Linford Rees passe pour

¹³³ (Henckes, 2016)

¹³⁴ (Marks, 2000)

¹³⁵ Ibid.

¹³⁶ Ibid.

être le premier psychiatre à tester la méthode de l'essai clinique randomisé au début des années 1950¹³⁷. Après 1956, aux États-Unis, la recherche clinique en psychiatrie est organisée par un *Psychopharmacology Service Center*, à l'origine de nombreuses études multicentriques dans les hôpitaux de la *Veterans Administration*, les hôpitaux publics et les établissements privés. Dans les années 1960, ce sont ces études qui montrent l'efficacité des médicaments psychotropes sur des pathologies spécifiques. En France, les psychiatres ne recourent pas aux essais randomisés avant les années 1960.

3.2.2 La multiplication des échelles de symptômes

La généralisation des essais cliniques conduit à la standardisation des échelles de mesure de symptômes. Les premières remontent au début du XXe siècle aux États-Unis. Appelées « *chart* », ce sont principalement des listes de comportements permettant de suivre l'évolution clinique des malades. Ainsi, le psychiatre américain Edward J. Kempf décrit en 1915 son *Behavior Chart in Mental Diseases* (connu par la suite comme le *Philipps Psychiatric Clinic Behavior Chart*, du nom de l'hôpital dans lequel il exerce, à Baltimore¹³⁸). Son échelle est une version révisée de ces documents et consiste en une liste de symptômes : « *restless* », « *irritable* », « *resistant* », « *angry* », etc... qui doit être utilisable par les infirmières. Edward Kempf expose que le but de ce chart est de conserver un enregistrement quotidien des comportements des patients, mais aussi de poursuivre la recherche des facteurs impliqués dans ces comportements¹³⁹. Ces tentatives pour formaliser l'observation clinique sont enrichies par d'autres travaux ultérieurs, en particulier par l'étude des corrélations statistiques. Ainsi, des années 1920 aux années 1950, des psychiatres essaient d'établir des liens entre les valeurs prises par ces échelles et un ensemble de variables : des résultats de laboratoire, des interventions thérapeutiques...

En 1954, le psychologue Maurice Lorr, de la *Veteran Administration*, dénonce la grande hétérogénéité de ces échelles. Il décrit la multitude de *Check Lists* qui ont vu le jour depuis les années 1940¹⁴⁰ : il en présente 6 à destination des infirmières et au moins 9 pour les médecins.

¹³⁷ (Healy, 1997)

¹³⁸ L'auteur situe l'origine de l'usage de ces échelles à la fin du XIXe siècle, précisément au *Kankakee State Hospital*, dans l'Illinois, puis à partir de 1901 au *Worcester State Hospital*, dans le Massachusetts, et au *New York State Hospital*, sous l'impulsion d'Adolf Meyer. Ce dernier est un psychiatre d'origine Suisse qui émigre aux États-Unis en 1892 et qui contribue à l'institutionnalisation de la psychiatrie aux États-Unis à la fin du XIXe siècle et y importe certains concepts psychanalytiques (Lorr, 1954)

¹³⁹ (Kempf, 1915)

¹⁴⁰ (Lorr, 1954)

Avec des collègues, il en élabore une, la *Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients* (MSRPP), qu'il entend généraliser en psychiatrie. Quelques années plus tard, Maurice Lorr en publie une nouvelle version, qui est utilisée dans de nombreuses études sur la schizophrénie, la *Inpatient Multidimensional psychiatric scale* (IMPS)¹⁴¹. Dans le prolongement des travaux de Maurice Lorr, d'autres psychiatres proposent des échelles de mesure des symptômes de la schizophrénie. La plus célèbre et la plus utilisée d'entre elles est la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), publiée en 1962 par le psychiatre américain John E. Overall, qui est à la fois rapide et simple à faire passer¹⁴². Pour l'historien et philosophe Steeves Demazeux, la prolifération des outils standardisés d'aide à l'entretien participe d'un mouvement qu'il nomme le « triomphe de l'opérationnalisme »¹⁴³.

Jusque dans les années 1960, aux États-Unis, l'efficacité de la chlorpromazine sur les états schizophréniques reste controversée. Les nombreux essais cliniques menés sur la question donnent des résultats contradictoires¹⁴⁴. Deux études de grande ampleur mettent un terme à cette dispute à l'aide d'échelles de symptômes. La première, réalisée par la *Veterans Administration* (VA) et publiée en 1960¹⁴⁵, est un essai clinique randomisé en double aveugle conduit dans 37 hôpitaux de la VA sur 805 patients décrit comme étant « *acute disturbed, acute non disturbed, chronic disturbed, and chronic non-disturbed* ». Les auteurs comparent l'efficacité de la chlorpromazine et de la promazine (un autre neuroleptique) à un placebo actif (le Phénobarbital) et à un placebo inactif. Les modifications de l'état des patients sont mesurées avec la MSRPP. Ils mettent en évidence une réduction drastique et statistiquement significative des scores de la MSRPP pour le groupe ayant pris de la chlorpromazine. La seconde étude réalisée par le *National Institute of Mental Health* en 1964 aboutit à des résultats similaires¹⁴⁶.

Pour la dépression, l'historien Michael Worboys a montré comment l'échelle de Max Hamilton, psychiatre anglais, publiée en 1959, est devenue un *gold standard* pour mesurer les effets des antidépresseurs¹⁴⁷. Initialement, elle a de nombreuses concurrentes. Mais parce qu'elle permet de comparer l'état des patients avant et après traitement de façon très simple, elle devient, en une vingtaine d'années, un standard pour les essais cliniques¹⁴⁸. Selon

¹⁴¹ (Lorr, 1962)

¹⁴² (J. E. Overall & Gorham, 1962)

¹⁴³ (Demazeux, 2013)

¹⁴⁴ (Healy, 2009)

¹⁴⁵ (Casey et al., 1960)

¹⁴⁶ (Guttmacher, 1964)

¹⁴⁷ (Worboys, 2013)

¹⁴⁸ (Briffault & Martin, 2011)

M. Worboys, en mettant l'accent sur les changements avant et après antidépresseurs, elle a contribué à faire de la dépression une maladie curable et limitée dans le temps.

L'efficacité de l'imipramine sur les dépressions est stabilisée grâce à une étude de grande ampleur, utilisant l'échelle d'Overall. Cet essai d'envergure paraît dans le *British Journal of psychiatry* en 1965¹⁴⁹. Il s'agit du rapport des psychiatres du comité du *Medical Research Council* sur le traitement des dépressions. Les auteurs entendent montrer les mérites et les faiblesses des principales options disponibles à ce moment-là en les comparant à un placebo : l'Imipramine (un tricyclique), la phénelzine (un IMAO) et l'ECT. Ils incluent 250 patients de trois régions Britanniques et prouvent que l'ECT et l'Imipramine sont plus efficaces que le placebo, contrairement à la phénelzine.

3.2.3 Standardiser le diagnostic en psychiatrie

Parallèlement au développement d'échelles de symptômes, à partir de la fin des années 1960, d'autres psychiatres contribuent à formaliser des critères visant à renforcer la validité des diagnostics. Steeves Demazeux décrit comment un groupe de psychiatres américains ont travaillé dans le sens d'une standardisation des procédures diagnostiques. Ces travaux aboutissent à l'élaboration de la troisième version du manuel statistique et diagnostic (DSM-III) de l'association américaine de psychiatrie (APA), publiée en 1980¹⁵⁰. Il rapporte au moins deux avancées ayant conduit à une telle opérationnalisation. Tout d'abord, il décrit la volonté d'un groupe de psychiatres de développer des critères diagnostiques opérationnels et validés statistiquement. La filiation avec les échelles de symptômes est directe. En 1964, le jeune psychiatre Robert Spitzer fait ainsi paraître le *Mental Status Schedule*, un entretien structuré à l'attention des psychiatres. L'objectif est à la fois d'améliorer la fiabilité des procédures diagnostiques — ou en d'autres termes de limiter la variabilité entre médecins — et de renforcer la spécificité des catégories diagnostiques — c'est-à-dire la capacité à faire la différence entre deux diagnostics.

La deuxième avancée est liée à l'apparition de contestations à l'égard de la psychiatrie, à l'extérieur comme à l'intérieur de la profession. S. Demazeux parle à cet égard de crise de légitimité. Des courants de pensée comme « l'antipsychiatrie » de Thomas Szasz ou la *Labeling theory* des interactionnistes de l'école de Chicago ont eu une importance décisive. Il souligne

¹⁴⁹ (Zangwill, 1965)

¹⁵⁰ (Demazeux, 2013)

les effets d'un ensemble de mouvements pour la reconnaissance de droits civiques : les homosexuels, les vétérans de la guerre du Vietnam, les Afro-Américains. Plus généralement, la psychiatrie est suspectée d'exercer sur les malades un contrôle social excessif¹⁵¹. Des activistes dénoncent le recours à la lobotomie, l'électrochoc et les traitements en général en suggérant qu'ils servent un projet autoritaire outrepassant le mandat médical de la profession. Aux États-Unis, les psychiatres sont également critiqués pour avoir nié l'existence d'effets neurologiques à long terme, appelés dyskinésies tardives. Dès 1974, plusieurs actions en justice sont entreprises à l'encontre de firmes pharmaceutiques. D'autres procès ont lieu dans cette période, pour faire reconnaître le droit des patients à refuser une intervention thérapeutique, en dehors des situations d'urgence.

En 1972, paraissent des critères diagnostiques de la schizophrénie, dits de Feighner, du nom de l'auteur principal de la publication. Ces critères diagnostiques ont pour ambition de créer des groupes homogènes de malades à des fins de recherche. Pour la première fois, la méthodologie ayant permis l'élaboration de ces critères est explicitée dans les termes statistiques de la fiabilité et la spécificité. Cette réflexion est prolongée par Robert Spitzer et le groupe de travail (*Task force*) mis en place sous sa direction pour préparer la troisième édition du Manuel statistique et diagnostique des maladies mentales (DSM-III). L'ouvrage, qui paraît en 1980, défend, outre le caractère opérationnel des critères diagnostiques, une vision athéorique des maladies mentales, c'est-à-dire qu'il ne présuppose aucun mécanisme pathologique sous-jacent à ces maladies¹⁵². Les diagnostics de dépression et de schizophrénie y sont définis par des critères majeurs, donc obligatoires pour pouvoir poser le diagnostic, et des critères mineurs, dont un nombre minimum doit être retrouvé par le psychiatre. Le manuel a ensuite été révisé plusieurs fois et est actuellement utilisé dans sa 5^e édition. Depuis les années 1970, ce sont ces critères que mobilisent les essais thérapeutiques en psychiatrie. Ils sont censés garantir que les malades inclus dans ceux-ci ont correctement été diagnostiqués.

3.3 *Resistant depression et resistant schizophrenia* : émergence de deux catégories

Des années 1950 et jusque dans les années 1980, la dépression résistante et la schizophrénie résistante apparaissent progressivement comme objet d'étude principal d'un petit corpus de publications. Les concepts de troubles résistants et de troubles chroniques restent peu

¹⁵¹ (Henckes, 2016)

¹⁵² En réalité, ce sont principalement les concepts psychanalytiques très présents dans les premières et deuxièmes versions du manuel, qui sont évacuées

différenciés avant les années 1980 et les termes sont synonymes. Dans cette section, je montre que ces publications proposent des stratégies de modification du traitement psychotrope pour en maximiser l'efficacité. Ainsi, ils promeuvent de nouveaux médicaments, des combinaisons de molécules, ou des doses particulièrement élevées. D'autres articles discutent les facteurs associés à la résistance. Dans le champ d'études de la schizophrénie, on emploie les termes de « *resistant schizophrenics* » et de « *resistant psychotics* » qui sont utilisés de façon interchangeable avec celui de « *chronic schizophrenia/schizophrenics* ». Pour la dépression, on parle des « *Imipramine Resistant Depression* », des « *Resistant Depression* », ou plus fréquemment de « *Therapeutic Resistant Depression* » ou de « *Therapy Resistant Depression* »¹⁵³.

Tout d'abord, ces publications montrent l'intérêt de médicaments récemment commercialisés. Jusque dans les années 1970, dans la schizophrénie, la plupart des nouvelles molécules neuroleptiques sont testées sur des groupes de patients résistants¹⁵⁴. À titre d'exemple, en 1958, le psychiatre J.T. Fergusson affirme que 76 % de patients « qui ont été résistant à toutes les autres thérapies ont répondu favorablement à un programme basé sur l'action psychosédative de l'acepromazine », mis sur le marché quelques mois plus tôt¹⁵⁵. Les neuroleptiques à libération retardée sont également expérimentés sur les cas de schizophrénie résistante¹⁵⁶. Pour la dépression, les choses sont assez différentes. Avant les années 1980, bien qu'il soit probable que les nouveaux antidépresseurs aient été employés sur des patients résistants, presque aucune étude ne rapporte cette pratique¹⁵⁷.

Ces publications visent aussi à montrer l'intérêt de traitements qui leur semblent injustement négligés par leurs collègues. C'est le cas de la réserpine, un médicament aux propriétés neuroleptiques mis sur le marché en 1954, qui est moins utilisé dans les années 1960 du fait de nombreux effets indésirables. Le psychiatre américain M. Braun, défend en 1960 l'intérêt de ce traitement pour les patients schizophrènes, résistants aux phénothiazines (classe chimique de la chlorpromazine)¹⁵⁸. Une dizaine d'années plus tard, des auteurs exposent les avantages de la réserpine pour soigner des dépressions résistantes à l'imipramine et aux ECT¹⁵⁹.

¹⁵³ Comme pour la schizophrénie, « *Chronique Depression* » ou « *Treatment-Resistant Chronic Depression* » sont synonymes dans ces publications

¹⁵⁴ C'est le cas pour la trifluoperazine (Allen, 1959), la thioridazine (Wright & Kyne, 1960), la levomepromazine (Payne & Verinder, 1960), la thioproperazine (Lingjærde, 1963), la WY6123 (Simpson et al., 1965), le clopenthixol (Wolpert et al., 1967), la fluphénazine (Hall et al., 1968), le flupenthixol (Coleman, 1972)

¹⁵⁵ (Fergusson, 1958)

¹⁵⁶ (Franchini, 1974; White & Sims, 1974)

¹⁵⁷ À l'exception de l'amitriptyline qui est essayée en 1963 sur 20 patients chroniques qui n'ont répondu ni à l'imipramine ni à l'ECT (Garry & Leonard, 1963)

¹⁵⁸ (Braun, 1960)

¹⁵⁹ (Haškovec & Ryšánek, 1967; Hopkinson & Kenny, 1975)

Dans le prochain chapitre, je montre comment la notion de dépression résistante est mobilisée pour préserver le maintien de l'usage des ECT et des antidépresseurs IMAO.

D'autres publications pointent l'intérêt de prescrire des doses largement supérieures à celles employées habituellement. Dans les années 1970, une série d'articles vante les mérites des « *mégadosage-therapy* » (ou tout simplement « *mega-therapy* ») dans les situations de schizophrénie résistante¹⁶⁰. Les doses utilisées sont 40 à 60 fois celles recommandées par les fabricants. Dans le prolongement des chocs dans les années 1930, cette pratique est justifiée par l'hypothèse d'anomalies du fonctionnement cérébral chez les schizophrènes résistants aux traitements¹⁶¹. Les publications sur les mégathérapies cessent dans les années 1980 alors que d'autres montrent que ces doses importantes conduisent souvent à aggraver l'état des patients¹⁶². Pour la dépression, l'engouement pour les fortes doses n'a pas été aussi vif. Au tournant des années 1980, plusieurs auteurs incitent les psychiatres à augmenter l'imipramine en cas de résistance, mais rarement plus du double ou du triple que ce que recommandent les industriels¹⁶³.

Ces publications explorent également l'intérêt de combiner des molécules entre elles pour traiter ces pathologies résistantes. Ces recommandations se nourrissent des hypothèses monoaminergiques de la dépression et de la schizophrénie et visent à augmenter l'action sur la régulation de ces neurotransmetteurs. Pour la dépression, ces combinaisons sont décrites dès les années 1960, avec l'imipramine jusque dans les années 1980, puis avec la fluoxétine. Jusque dans les années 1990, une part importante de cette littérature conseille l'association d'un tricyclique et d'un IMAO, pourtant déjà connue pour être risquée. À partir du milieu des années 1970, de nombreuses publications promeuvent l'ajout de sels de lithium aux antidépresseurs¹⁶⁴. Cette molécule est testée dès les années 1950, mais du fait du risque de surdosage potentiellement mortel, elle n'est commercialisée comme régulateur de l'humeur que dans les années 1970¹⁶⁵. Des auteurs combinent aux antidépresseurs d'autres composés réputés agir sur les monoamines : des amphétamines¹⁶⁶ ou des hormones thyroïdiennes¹⁶⁷, dont ils

¹⁶⁰ Ces fortes doses sont ainsi recommandées pour la Triflupromazine (Jacoby, 1959), l'Halopéridol (McCreadie & MacDonald, 1977). Ces recommandations sont généralisées à l'ensemble des traitements neuroleptiques (Davis, 1976) et aux traitements neuroleptiques retardés comme la Fluphenazine Decanoate (McClelland et al., 1976) ou le Flupenthixol Decanoate (McCreadie et al., 1979).

¹⁶¹ (T. Itil et al., 1970)

¹⁶² (Remington, 1989)

¹⁶³ (Laux & Reimer, 1979; F. M. Quitkin, 1985)

¹⁶⁴ (De Montigny et al., 1981; Lingjaerde et al., 1974; Thase et al., 1989)

¹⁶⁵ (Shorter, 2009)

¹⁶⁶ (Meyers, 1978)

¹⁶⁷ (Earle, 1970)

montrent qu'elles augmentent le recrutement intracérébral des neurotransmetteurs¹⁶⁸. Enfin, les auteurs recommandent d'ajouter des précurseurs de la sérotonine à l'imipramine¹⁶⁹. Ces auteurs parlent alors de « premier traitement substitutif en psychiatrie » basé sur la connaissance de la « pathogénèse ».

Dans le cas de la schizophrénie, cette approche est explorée dès les années 1970, mais ne prend son essor que dans les années 1980. Les composés combinés aux neuroleptiques sont extrêmement variés : des molécules connues des psychiatres¹⁷⁰, employées dans d'autres spécialités¹⁷¹, ou encore à un stade expérimental¹⁷². Les publications pointant l'intérêt d'une association de traitements explosent ainsi dans les années 1980. Ce phénomène peut être compris comme la conséquence du retrait, en 1975, de la Clozapine, un antipsychotique atypique mis sur le marché en 1972. Bien que le médicament ait montré son efficacité supérieure, des effets secondaires graves imposent sa dé-commercialisation. Ces associations ont donc pu constituer un espoir de guérir des patients pour qui les thérapies conventionnelles n'étaient pas suffisantes.

La mise en évidence du fait que certains patients répondent aux traitements et d'autres non, conduit également à s'interroger sur d'éventuels facteurs expliquant ces différences. La place accordée à de tels facteurs diffère selon que les auteurs s'intéressent à la dépression ou à la schizophrénie. Dans le cas de la schizophrénie, et jusqu'à la fin des années 1980, ces auteurs ont cherché à comprendre pourquoi tous les schizophrènes étaient « naturellement » moins sensibles aux traitements. Ces travaux s'inscrivent dans le prolongement de ceux des années 1930 que j'ai déjà évoqués et dans lesquels les psychiatres considéraient que les schizophrènes chroniques et résistants constituaient, en réalité, le cœur de la catégorie diagnostique. Ils pointent le métabolisme particulier des patients schizophrènes qui ont des taux très bas de médicaments dans le sang¹⁷³. D'autres suggèrent des anomalies endocriniennes qui

¹⁶⁸ (Banki, 1977)

¹⁶⁹ Le L-Tryptophane (Barker et al., 1987; Barker & Eccleston, 1984) et le L5-HydroxyTryptophane (Nolen et al., 1985; Van Hiele, 1980; van Praag et al., 1974)

¹⁷⁰ Avec par exemple la physostigmine, utilisée alors pour réduire les effets secondaires neurologiques, le diazepam (Nestoros et al., 1983), la carbamazépine (Herrera et al., 1987), le lithium (Bridges, 1987) ou encore le valproate de sodium (Moriñigo et al., 1989)

¹⁷¹ La levodopa (Calil et al., 1977), ou la bromocriptine (Gattaz & Köllisch, 1986) utilisées dans la maladie de Parkinson en neurologie, la méthadone, utilisée pour le sevrage en opiacés (Brizer et al., 1985), le propranolol, un bêtabloquant (Berlant, 1987), les prostaglandine E1, utilisée pour traiter la dysfonction érectile (Vaddadi et al., 1986)

¹⁷² De 1955 aux années 1980, des psychiatres travaillent sur l'utilisation du céruletide diéthylamide, un composé utilisé en laboratoire pour induire des pancréatites sur des modèles animaux (Hommer et al., 1984)

¹⁷³ (Gelder & Kolakowska, 1979; Jus et al., 1978)

diminueraient leur sensibilité à ces molécules¹⁷⁴. Ces publications sont teintées d'un certain pessimisme : « ces cas, que l'on a appelés les psychotiques “résistants au traitement” ou “réfractaires au traitement”, sont très similaires à un groupe de patients décrits par Kraepelin comme “déments précoces” »¹⁷⁵. Pourtant ces auteurs encouragent les psychiatres à traiter activement ces patients dans l'espoir d'un « *social recovery* ».

Pour la dépression, les choses sont sensiblement différentes. Les auteurs distinguent maladie résistante et facteurs de résistance. Les facteurs pouvant conduire à l'absence de réponse aux traitements sont constitués comme étant extérieurs à la maladie. Pour le dire autrement, ce n'est pas la pathologie dépressive qui rend les patients résistants aux traitements, ce sont des facteurs propres aux patients qui rendent la pathologie difficile à traiter. Cette façon de définir le phénomène traduit une grande confiance dans l'efficacité des antidépresseurs. Dans les années 1970 et 1980, ces travaux cherchent à déterminer des facteurs de non-réponse aux traitements. Les auteurs pointent ainsi un ensemble de paramètres qu'il faut avoir vérifiés avant de considérer que c'est la maladie qui est résistante¹⁷⁶. Ils citent notamment l'absorption des médicaments, leur métabolisme, leur degré de liaison aux protéines sanguines, d'éventuelles interactions avec d'autres molécules, l'observance des patients, des pathologies psychiatriques ou somatiques s'ajoutant à la dépression. Après les années 1980, cette grande confiance dans l'efficacité des antidépresseurs s'estompe et dépressions chroniques et dépressions résistantes sont distinguées. C'est l'objet du prochain chapitre.

Conclusion du chapitre 1 :

À chaque période, des techniques thérapeutiques émergent dans des configurations sociales particulières. Pour chacune d'elles, la résistance permet de conceptualiser des problèmes différents. Pour l'aliénisme en voie d'institutionnalisation comme pour la psychanalyse l'objectif de la thérapie est de lever les résistances des malades au processus thérapeutique. Seulement, dans le cadre de l'aliénisme au XIXe siècle, le traitement moral est essentiellement appliqué sous la contrainte, encadré par la loi de 1838, à la demande des familles ou des préfets. Un des enjeux pour les psychiatres est de convaincre les familles de l'utilité sociale de la discipline afin de vaincre leurs réticences à faire interner leur proche. La

¹⁷⁴ Il pointe notamment des dysfonctions de la thyroïde, du métabolisme du glucose ou encore des déficits en vitamine B9 (Howard, 1976)

¹⁷⁵ (T. M. Itil et al., 1966)

¹⁷⁶ (Lydiard, 1985)

psychanalyse concerne une autre population de malades, consultant volontairement et issus des classes sociales dominantes. Elle fait de la résistance un mécanisme psychologique invisible qu'il s'agit de faire céder pour libérer les personnes de traumatismes infantiles oubliés. L'avènement des thérapies de choc est contemporain d'un souci de plus en plus intense pour le corps des malades mentaux. La plus grande résistance corporelle supposée des schizophrènes justifie la démultiplication des interventions thérapeutiques qui culmine par le recours grandissant à la lobotomie dans les années 1940 et 1950. À la fin des années 1950, la résistance aux médicaments psychotropes émerge en creux de la révolution thérapeutique promise par ces nouvelles molécules. Le phénomène acquiert également son sens dans le cadre du nouveau régime de preuve, incarné par les essais cliniques en double aveugle et les outils standardisés, imposé par les agences gouvernementales en charge de la régulation de ces molécules.

Ce panorama dessine un mouvement général qui voit la résistance comme un phénomène mécanique propre aux maladies se substituer à la résistance comme opposition plus ou moins intentionnelle des malades. La résistance, théoriquement du moins, est débarrassée de son contenu moral pour devenir une catégorie neutre. À l'issue de la période allant de 1950 à la fin des années 1980, les concepts de schizophrénie résistant aux traitements (TRS) et de dépression résistant aux traitements (TRD) sont définis en excluant les situations où ce sont les malades qui s'opposent à la thérapie. Le chapitre suivant examine comment la TRD a été élaborée par ses promoteurs et les conditions qui en ont permis l'émergence.

Chapitre 2 : L'invention d'une catégorie d'attente, la dépression résistant aux traitements (TRD)

Entre les années 1960 et la fin des années 1980, les références à la résistance intentionnelle des malades sont abandonnées. À l'issue de la période, et dans le champ de la dépression, le concept de *Treatment Resistant Depression* (TRD) s'est imposé dans les publications scientifiques et il devient un objet d'étude en soi. Avec la TRD, celles-ci identifient un sous-groupe de malades caractérisé par l'échec des traitements usuels. Pour les psychiatres, cela soulève un ensemble de questions : la dépression est-elle une catégorie homogène ? La résistance concerne-t-elle la maladie sur la vie entière ou sur un temps plus court ? Qu'est-ce qu'un traitement adéquat ? Existe-t-il des degrés de résistance ? L'enjeu de ces travaux est de déterminer quels traitements doivent être mis en place, à quel moment et dans quel ordre, mais aussi d'identifier ce qu'il est légitime d'en attendre. À partir de ces foyers de problématisation, les chercheurs développent plusieurs approches pour définir la TRD, qui posent de façon différente la question du pronostic. Parallèlement, les auteurs suggèrent qu'une définition correcte de la notion de dépression résistant aux traitements pourrait permettre d'augmenter les connaissances des mécanismes de la dépression et de ses traitements et ainsi de soigner cette pathologie plus efficacement.

L'élaboration récente de la catégorie de dépression résistant aux traitements peut être comprise à la lumière du mouvement de fragmentation des entités diagnostiques à l'œuvre dans la biomédecine depuis le dernier quart du XXe siècle. David Armstrong décrit comment des technologies de prédiction fondées sur l'étude des populations ont contribué à produire de nouveaux sous-types de diagnostics¹⁷⁷. Dès lors, ce ne sont plus les catégories diagnostiques qui guident le pronostic, mais l'inverse. Par exemple, des sous-types de cancers basés sur leurs caractères immunologiques ont, en fait, été dégagés à partir de leur valeur pronostique dans un groupe de malades. Cette approche nourrit le concept d'hétérogénéité diagnostique, c'est-à-dire l'idée qu'une pathologie est composée de sous-types morbides. L'émergence des pathologies résistantes aux médicaments, qu'il s'agisse des antibiotiques, des antihypertenseurs ou des antidépresseurs, participe de cette logique.

La catégorie de dépression résistante tente ainsi de résoudre des questionnements centrés sur le pronostic et sur le futur de malades et de maladies. Aussi, je défends qu'elle soit

¹⁷⁷ (Armstrong, 2019)

apparue comme une catégorie d'attente, et ce dans au moins deux sens. D'une part, elle définit ce que l'on peut espérer des médicaments psychotropes à un temps donné. D'autre part, elle est transitoire et ouverte sur un futur qui la rendra inutile. Elle s'inscrit ainsi dans un *régime d'anticipation*¹⁷⁸ caractérisé par le recours à des outils de prédiction standardisés et par la promesse de dépasser un ensemble d'incertitudes.

Dans ce chapitre, je montre comment a émergé le concept de TRD, à quels types de problèmes il apporte des solutions et quelles nouvelles questions il soulève. C'est dès 1973, lors d'un symposium organisé à Bâle par l'association mondiale de psychiatrie, que ces grandes questions sont abordées pour la première fois. Ce symposium aboutit à la formulation de premières définitions et contribue à délimiter des zones d'interrogation. Dans le courant des années 1980, alors que des publications tendent à reconnaître la fréquence des dépressions chroniques, l'importance de définir des critères de résistance aux traitements s'impose. Ces critères s'appuient sur les outils standardisés récemment élaborés. Cependant, à la fin des années 1980, des articles médicaux pointent la grande disparité des définitions de la dépression résistante et entreprennent de les unifier. Aucune d'elles n'est unanimement acceptée, mais une ossature se stabilise. Par ailleurs, ces publications mettent au point des séquences de traitements à déployer selon les échecs médicamenteux antérieurs. Enfin, je termine le chapitre en comparant comment, parallèlement à celui de TRD, le concept de schizophrénie résistant aux traitements émerge.

1. Poser le problème : le symposium de Bâle de 1973

En 1972, lors du 5^e congrès de l'Association mondiale de psychiatrie¹⁷⁹ (*World Psychiatric association*, WPA), la section « pharmacopsychiatrie » décide l'organisation, l'année suivante, d'un symposium sur le thème des « *Therapy Resistant Depressions* ». Celui-ci a lieu à Bâle, en Suisse, en 1973. L'ensemble des communications qui y sont prononcées est publié dans trois numéros de la revue *Pharmacopsychiatry* en 1974. Les participants, principalement des psychiatres universitaires européens et nord-américains, sont reconnus

¹⁷⁸ (Adams et al., 2009)

¹⁷⁹ Cette association est initialement destinée à organiser des congrès mondiaux en psychiatrie. En 1950, Jean Delay devient le premier président de ce qui s'appelle alors l'*Association for the Organization of World Congresses of Psychiatry*. En 1961, l'association est rebaptisée *World Psychiatric association*. L'association organise alors des rencontres à l'échelle régionale pour promouvoir la formation professionnelle et établir des standards de traitements et pour la recherche scientifique. <https://www.wpanet.org>

comme experts de la dépression et de ses traitements¹⁸⁰. Cet évènement scientifique et médical marque à cet égard un tournant dans l'histoire de la dépression résistante car, pour la première fois, un groupe travaille à son élaboration.

1.1 Cadrer le questionnement

Le symposium rassemble des psychiatres engagés, jusqu'à présent de façon indépendante, dans l'identification d'un même problème : comment définir la dépression résistante aux thérapies ? Cette indétermination constitue, selon les auteurs, un obstacle au développement de traitements efficaces dans ces situations, mais aussi à la recherche de facteurs pronostiques. Dans leurs interventions, ils soulèvent un ensemble de questions qui peut être résumé en quatre points : comment prendre en compte l'hétérogénéité clinique de la dépression ? La résistance désigne-t-elle une phase de maladie ou la maladie au long cours ? Comment définir ce qu'est un traitement adéquat ? La résistance est-elle un phénomène quantitatif ou qualitatif ? Ces questions restent en suspens à l'issue du symposium, mais constituent les lignes directrices pour les élaborations futures du concept.

Le grand apport du symposium est de fixer l'architecture d'une définition. Ainsi, dans une des communications, le psychiatre américain John E. Overall suggère de dégager des facteurs statistiquement associés à la résistance à la thérapie¹⁸¹. De tels facteurs ne sauraient être explorés qu'à condition de stabiliser une définition a priori. Il propose la suivante : « Une dépression résistante à la thérapie peut être définie opérationnellement comme un patient déprimé correctement classifié, traité adéquatement et qui ne présente pas la réponse attendue ». Tout d'abord, ce qui résiste au traitement c'est la maladie, et non le patient. Ensuite, la définition exclut les situations d'erreur de prescription et de non-prise des médicaments. Profondément, la résistance est ramenée à un processus supposé biologique.

1.2 Pointer les obstacles à la formalisation d'une définition

Les participants du symposium exposent cependant un certain nombre de difficultés qui font obstacle à la formulation d'une définition. Les premières concernent l'hétérogénéité

¹⁸⁰ Heinz Lehmann était un psychiatre canadien connu pour avoir introduit l'usage de la Chlorpromazine en Amérique du nord dans les années 1950 (Healy, 2009). John Overall et Max Hamilton ont donné leur nom à des échelles de symptômes, de schizophrénie et de dépression respectivement (Worboys, 2013). Pierre Pichot s'est rendu célèbre pour avoir introduit les méthodes de la psychométrie en France.

¹⁸¹ (J. Overall, 1974)

clinique de la dépression. Nous sommes dans les années qui précèdent la parution du DSM III en 1980 et les artisans du manuel sont proches, institutionnellement et intellectuellement, des participants du symposium. Les chantiers du DSM III visent, parmi d'autres projets, à uniformiser les catégories diagnostiques. Ainsi, pour un des participants, il existe certes plusieurs sous-types de dépression, mais il n'y a que peu de preuves qui permettent de leur faire correspondre des traitements spécifiquement. Dans sa communication, le français Pierre Pichot¹⁸², soulève un problème similaire¹⁸³. Il propose deux manières de constituer des groupes de patients résistants aux traitements à des fins de recherche. D'une part, il suggère de considérer de façon uniforme tous les patients déprimés et chercher quels paramètres sont associés à la non-réponse aux traitements¹⁸⁴. D'autre part, il indique de former d'emblée des cohortes homogènes. Cette deuxième solution pose la question de la détermination de critères fiables pour chacun de ces groupes, ce qui n'est alors pas possible.

Par ailleurs, Pierre Pichot différencie deux angles pour regarder la résistance selon que l'on se situe au cœur d'une « phase dépressive »¹⁸⁵ ou que l'on évalue l'évolution longitudinale de la maladie. Dans le premier cas, la résistance caractérise l'incapacité des traitements à réduire la durée de la phase en question. Dans le second, elle décrit leur insuffisance pour modifier le rythme, la longueur et la sévérité des phases aiguës de la maladie. La plupart des définitions proposées au cours du symposium renvoient à la première conception. Il rappelle que cette approche peut permettre de démontrer l'efficacité de certains traitements contre placebo, mais pas d'étudier les échecs à long terme. Dans la même lignée, un autre participant parle de résistance relative pour le premier phénomène et de résistance absolue pour le second, synonyme de chronicité¹⁸⁶. Une autre communication tente de situer la résistance par rapport à la chronicité¹⁸⁷. L'orateur distingue les dépressions irréversibles sans rétablissement, les dépressions chroniques qui durent entre deux et vingt ans, mais se terminent par une guérison, et enfin les dépressions résistantes qui évoluent sur moins de deux ans.

Pierre Pichot pointe également la difficulté à fixer des doses standardisées, en particulier pour atteindre des concentrations satisfaisantes de médicaments dans le corps et notamment dans le cerveau. Ce dernier aspect ne peut être évalué qu'indirectement, le plus souvent par la mesure de la molécule dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Par ailleurs, il n'existe

¹⁸² Qu'il a contribué à introduire en France dans les années 1970

¹⁸³ (Pichot, 1974)

¹⁸⁴ C'est l'approche adoptée par plusieurs des communicants du symposium pour dégager des facteurs épidémiologiques associés à la non-réponse (Angst et al., 1974; Levine & Raskin, 1974)

¹⁸⁵ Aujourd'hui les psychiatres parlent d'épisode dépressif

¹⁸⁶ (Heimann, 1974)

¹⁸⁷ (Lehmann, 1974)

qu'une faible corrélation entre ces taux et la réponse clinique. Il montre, en outre, que les patients n'ayant pas réagi aux traitements présentent des particularités concernant leur métabolisme, leur excrétion et la sensibilité des récepteurs intracérébraux. Cependant, aucune de ces particularités ne peut être systématisée pour définir un profil biologique type des patients résistants. Il souligne également les difficultés à transférer les connaissances pharmacologiques des animaux aux êtres humains.

Un autre obstacle réside, dans le mode de compréhension du phénomène, son épistémologie pourrait-on dire. D'un côté, la résistance est considérée comme un processus quantitatif, possédant des degrés qu'il convient de caractériser. D'un autre, il s'agit d'un phénomène qualitatif, en tout ou rien, et les individus peuvent être alors répartis en deux classes : répondeurs et résistants. Cette distinction, je le montre dans la prochaine section, est à la source de deux approches dans la définition de la résistance dans les années 1990 et que j'appellerai respectivement « processuelle » et « catégorielle ».

Les autres communicants décrivent les traitements qui peuvent être prescrits dans les situations de dépression résistant à la thérapie comme l'ECT¹⁸⁸ ou la leucotomie limbique, une technique de psychochirurgie¹⁸⁹. D'autres, au contraire, listent l'ensemble des possibilités thérapeutiques : augmenter les doses, combiner les traitements, en particulier les antidépresseurs tricycliques et IMAO, ajouter des neuroleptiques, réaliser une cure d'ECT, essayer les nouveaux traitements¹⁹⁰. Ces publications constituent une des premières tentatives de formaliser des séquences de traitements en fonction des échecs antérieurs.

1.3 Un élan insuffisant pour fédérer une communauté de recherche

Le symposium de 1973 pose un problème et lance une réflexion. Pourtant, il ne suffit pas pour fédérer une communauté de recherche et un élan professionnel plus large. En effet, les intérêts de ses communicants apparaissent en décalage avec l'agenda de la psychiatrie à l'heure de la refonte des classifications nosologiques. Pendant une dizaine d'années, la thématique reste ainsi en suspens, au grand dam des promoteurs d'une définition formalisée de la notion.

En 1974, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) planifie une conférence sur le même thème que le symposium, également publiée dans *Pharmacopsychiatry*¹⁹¹. Pourtant, le

¹⁸⁸ (Hamilton, 1974)

¹⁸⁹ (Kelly, 1974)

¹⁹⁰ (Berner et al., 1974; Ginestet, 1974)

¹⁹¹ (Fekadu et al., 2018)

sujet ne cadre pas tout à fait avec les préoccupations de l'organisation à ce moment-là. En effet, depuis 1969, des groupes de travail ont été convoqués par l'OMS afin d'élaborer la neuvième révision de la classification internationale des maladies (CIM)¹⁹². Le psychiatre d'origine croate, Norman Sartorius est chargé de piloter celui de la section psychiatrique et participe aussi à la conférence de 1974. Lors de cette dernière, il affirme que le développement d'un système diagnostique standardisé pourra permettre de dépasser la plupart des problèmes de résistance à la thérapie¹⁹³. Il défend que les situations de résistance soient uniquement imputables à des erreurs diagnostiques. À cette même conférence, un autre psychiatre soutient que la recherche d'une définition uniformisée est vaine. Il serait impossible de spécifier précisément la notion puisque les habitudes de prescription varient fortement selon les pays¹⁹⁴.

En 1983, à Vienne, a lieu un nouveau symposium de la section de pharmacopsychiatrie de la WPA. Le psychiatre allemand H. Hippus, qui était intervenu à celui de 1973, ouvre la séance par une allocution. Il dresse un bilan pessimiste des dix ans écoulés depuis le premier évènement¹⁹⁵ : « À mon avis, le bilan de ces 10 ans n'est pas positif »¹⁹⁶. L'absence de définition opérationnelle de la dépression résistante est constituée comme un problème en soi, ce qui n'était pas le cas en 1973. Il appelle ainsi les psychiatres à s'organiser pour arrêter une définition. Le motif de son indignation se branche sur une autre difficulté : le risque de voir décliner l'usage de certaines techniques thérapeutiques. Il déplore ainsi que dans la plupart des publications contemporaines, l'absence de définition formelle nuise à la promotion de techniques contestées. Par ailleurs, il pointe ce qu'il décrit être une incohérence : les psychiatres enclins à reconnaître que la résistance est un problème important considèrent les IMAO et l'ECT comme des techniques obsolètes. Si ces traitements sont exclus de la recherche, il craint deux conséquences : des patients insuffisamment traités seront inclus dans les études ; les psychiatres confirmeront l'idée que ces traitements sont inhumains. Selon lui, tous les psychiatres doivent discuter du sujet de la résistance et doivent intégrer l'ECT dans leurs pratiques.

Le symposium de 1973 a ainsi cerné le problème des dépressions résistantes en posant un ensemble de questions sans réussir à créer une dynamique suffisante pour fédérer des groupes de travail.

¹⁹² La conférence internationale pour la 9^e révision de la CIM a lieu à Genève en 1975

¹⁹³ (Sartorius, 1974)

¹⁹⁴ (López-Ibor Aliño, 1974)

¹⁹⁵ (Hippus & Jungkunz, 1983)

¹⁹⁶ *“In my personal opinion, the 10-years balance is most definitely not a positive one” (ibid)*

2. Opérationnaliser la dépression résistant aux traitements (fin des années 1980 — fin des années 1990)

Il faut attendre la fin des années 1980 pour qu'émerge un intérêt soutenu pour les dépressions résistant aux traitements. C'est le terme de *Treatment Resistant Depression* (TRD) qui s'impose dans la plupart des publications. Celles-ci tranchent par ailleurs certaines des questions qui avaient été soulevées lors du symposium de 1973. D'une part, la résistance qualifie désormais un épisode de dépression et non pas la maladie sur la vie entière. Cette évolution survient alors que le caractère chronique de certaines dépressions est progressivement reconnu, lesquelles sont clairement distinguées des dépressions résistantes. D'autre part, on stabilise les solutions apportées aux problèmes concernant l'hétérogénéité diagnostique, les doses de médicaments à employer, ainsi que les critères pour parler de réponse clinique. Ce mouvement est favorisé par l'intégration croissante d'outils standardisés dans la définition des dépressions résistantes.

2.1 Reconnaître les formes chroniques de dépression

Dépressions résistantes et chroniques sont progressivement isolées et spécifiées dans le courant des années 1980 et 1990. Cette mutation survient alors qu'un nombre grandissant de psychiatres reconnaissent l'existence et l'importance du caractère chronique de certaines dépressions, au moins dans l'espace des publications. Dès lors, la chronicité devient un terme polysémique qui renvoie autant à la persistance de symptômes dépressifs entre les épisodes de maladie qu'à la récurrence de ces épisodes.

Dire que la dépression chronique est une catégorie qui émergerait à la fin des années 1980 serait faux. Ainsi, dès les années 1960, la notion de dépression chronique vient qualifier des pathologies qui durent¹⁹⁷. Ce qui change dans les années 1980, c'est l'apparition de nouvelles organisations visant à documenter l'importance du phénomène, identifier les facteurs qui y sont associés et des solutions pour y remédier. À la différence des années 1960, la chronicité dont parlent maintenant ces auteurs peut toujours faire l'objet d'actions

¹⁹⁷ À titre d'exemple, en 1967, le psychiatre américain William A. Horwitz écrit que « toutes les thérapies en psychiatrie ont une efficacité limitée. Pendant ces dix dernières années, nous avons traité 235 patients avec une variété d'antidépresseurs. Cette série clinique est alourdie de façon disproportionnée par des patients dépressifs chroniques. Certains ont été continuellement déprimés pendant des années, alors que d'autres ont eu de nombreux épisodes récurrents » (Horwitz, 1968)

thérapeutiques, autrement dit, elle est curable et réversible. La dépression chronique irréversible devient un horizon à éviter et justifie un certain interventionnisme. Ainsi, au milieu des années 1980, un groupe de psychiatres britanniques exerçant à l'hôpital de Newcastle, mène une étude sur la dépression chronique, *The Newcastle Chronic Depression Study*. Un des articles s'ouvre par ces mots :

« L'ouvrage classique de Kraepelin (1913) sur les psychoses fonctionnelles soulignait le pronostic relativement favorable de la maladie maniaco-dépressive par rapport à la schizophrénie. L'interprétation plutôt exagérée de cette thèse a eu pour conséquence qu'une maladie dépressive persistante doit être expliquée à tout prix, le patient étant généralement relégué dans la catégorie des "troubles de la personnalité réfractaires au traitement". La dépression chronique est un défi pour la psychiatrie, mais nous avons été lents à étudier les raisons de ces échecs thérapeutiques et il y a eu peu d'études systématiques sur l'étiologie de la chronicité »¹⁹⁸.

À rebours de la chronicité comme forme de démedicalisation de certains états pathologiques, la dépression chronique devient la cible d'interventions spécifiques. Une autre publication de cette étude se termine en disant que :

« Il n'est pas réaliste d'attendre des médicaments de produire une guérison complète (*complete recovery*) dans les dépressions chroniques, mais de soulager le trouble de l'humeur sous-jacent. Les patients déprimés chroniques ne semblent pas bénéficier des thérapies non pharmacologiques tant que leur état n'a pas basculé, leur manque de réponse peut contribuer à les aliéner à leur psychiatre, en produisant une hostilité et un nihilisme thérapeutique des deux côtés. Nous voudrions suggérer que chez ces patients il est possible de produire une amélioration en utilisant des traitements pharmacologiques vigoureux et parfois complexes en combinaison avec d'autres efforts pour la réhabilitation. Cependant, le nombre de patients qui ne répondent pas aux traitements nous rappelle que la dépression chronique est un problème clinique sérieux »¹⁹⁹.

Parallèlement, le NIMH commande une enquête, *l'Epidemiological catchment Area* (ECA) qui montre des taux de rechute importants chez les personnes ayant fait un épisode dépressif : 50 % dans les 15 ans²⁰⁰.

¹⁹⁸ (Scott, 1988)

¹⁹⁹ (Barker et al., 1987)

²⁰⁰ (Eaton et al., 1997)

D'autres publications, portant spécifiquement sur les dépressions résistantes, distinguent ces dernières des dépressions chroniques. Elles viennent caractériser des phénomènes aux temporalités différentes. La résistance décrit ce qui se passe à l'échelle d'un épisode dépressif alors que la chronicité qualifie la maladie sur la vie entière. La phase de résistance concerne un épisode de maladie aiguë qu'il faut tenter de soigner par l'usage de traitements propres. Les auteurs définissent les objectifs des traitements de la dépression : la guérison des épisodes et la prévention des rechutes. Ils abordent ces concepts dans un langage capacitaire : « Le but du traitement des patients ayant un trouble de l'humeur est de restaurer un état de bien être psychologique et de haut fonctionnement »²⁰¹. Ils emploient également tout un vocabulaire qu'ils empruntent explicitement à la cancérologie : ils parlent de réponse au traitement, de rémission complète, de rechute. Tout comme un cancer, la TRD est dépeinte comme une entité biologique sur laquelle les traitements sont censés agir.

2.2 Intégrer les outils standardisés dans les définitions de la dépression résistante

Outre la question de la temporalité de la résistance, le symposium de 1973 avait également soulevé celles de l'hétérogénéité diagnostique et le manque de données sur ce qui pouvait être considéré comme un traitement adéquat. À partir des années 1980, ces problèmes sont partiellement résolus par l'intégration croissante d'outils standardisés dans les définitions. Ils leur permettent de spécifier un ensemble de critères qui isolent certaines situations de maladie. Celles-ci sont notamment les dépressions correctement diagnostiquées, des maladies suffisamment graves n'ayant pas répondu aux traitements antérieurs, pourtant appropriés et des patients coopératifs.

La mobilisation d'outils d'évaluation standardisés apporte des solutions pratiques à la question de l'hétérogénéité diagnostique. Les échelles de symptômes sont les premiers à être intégrées aux définitions de dépression résistante. Elles sont employées non pour spécifier des sous-types de maladie, mais pour mesurer l'intensité des symptômes. À partir de 1975, c'est principalement l'échelle de Max Hamilton qui est utilisée, la HRSD (*Hamilton Rating Scale of Depression*)²⁰². Dès le milieu des années 1980, les auteurs complètent ces évaluations par d'autres échelles : la *Beck Depression Inventory* (BDI)²⁰³ ou la *Clinical Global Impression*

²⁰¹ (Fava & Davidson, 1996)

²⁰² (Hopkinson & Kenny, 1975)

²⁰³ (Miller et al., 1985)

(CGI)²⁰⁴. Dans les années 1980, les outils diagnostics standardisés sont ensuite intégrés à ces définitions²⁰⁵. À la fin des années 1980, les auteurs spécifient également quels patients exclure des études sur la résistance, par exemple : « les maladies somatiques instables, les symptômes psychotiques, un trouble bipolaire, une addiction, une épilepsie »²⁰⁶.

Afin de remédier au problème de la définition d'un traitement adéquat, les auteurs mettent au point des questionnaires standardisés permettant un recueil fiable de l'historique des prescriptions. En effet, aucun consensus n'émerge en ce qui concerne les doses, la durée et le type de médicament à employer et les pratiques sont hétérogènes d'un article à l'autre. Plus de vingt ans après la découverte des antidépresseurs, certaines interrogations demeurent. Jusqu'à quelle dose doit-on prescrire une molécule avant de conclure qu'elle n'aidera pas ? Quelle est la dose maximum pouvant être utilisée sans danger ?²⁰⁷. Si les questionnaires de traitements ne permettent pas d'y répondre directement, ils rendent les patients des études comparables du point de vue des médicaments reçus. Des années 1985 à aujourd'hui, des dizaines de questionnaires de traitement ont été publiés et validés²⁰⁸. La plupart du temps, ils passent en revue le type de traitements reçus, la dose maximale et la durée, y compris les séances d'ECT. Ils évaluent l'efficacité de chacun de ces techniques.

À l'inverse, d'autres auteurs forgent des critères dits de pseudorésistance qui indiquent que les patients restent malades du fait d'un traitement inadéquat²⁰⁹. Ce faisant, ces auteurs entendent dégager « la réalité d'un vrai phénomène de résistance »²¹⁰. Ainsi, à la fin des années 1990, les définitions de la dépression résistant aux traitements ont en commun de se distinguer de celles de dépression chronique et d'intégrer des outils standardisés.

²⁰⁴ (Zusky et al., 1988)

²⁰⁵ Les publications recourent aux *Research Diagnosis Criteria* (RDC), les critères de Feighner, la neuvième version de la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-9), la troisième version du manuel statistique et diagnostic (DSM) de l'association américaine de psychiatrie (APA).

²⁰⁶ (Zusky et al., 1988)

²⁰⁷ Ces questions sont posées par Frédéric Quitkin en 1985 (F. M. Quitkin, 1985)

²⁰⁸ Parmi celles-ci on peut citer : la *Antidepressant Treatment Response Questionnaire* (Fava & Davidson, 1996), la *Antidepressant Treatment History Form* (Sackeim et al., 2019)

²⁰⁹ (Fava, 2003; Nierenberg & Amsterdam, 1990)

²¹⁰ "to assert the reality of a true resistance phenomenon" (Souery et al., 1999)

3. Entre approche catégorielle et processuelle : deux voies possibles pour la standardisation (fin des années 1990-2020)

Dans les années 1990, malgré une certaine stabilisation de la définition de la TRD, des auteurs pointent encore la grande diversité des critères utilisés. Cette variété leur pose au moins deux problèmes. D'une part, elle entrave la mise sur pied d'essais robustes montrant l'intérêt de certaines thérapeutiques, comme l'ECT ou les IMAO. D'autre part, elle empêche d'établir des recommandations professionnelles stipulant dans quel ordre prescrire les traitements, des plus usuels à ceux de dernier recours. Les réponses s'organisent autour de deux approches que j'appelle respectivement catégorielle et processuelle. Celles-ci reprennent une distinction opérée par le psychiatre John E. Overall en 1973 au symposium de Bâle : la résistance peut être définie comme un phénomène qualitatif avec des critères précis, ou quantitatif, possédant des degrés ou des stades. La première travaille la notion selon un schéma qui va du diagnostic au pronostic, la seconde, du pronostic au diagnostic.

Les positions adoptées par les défenseurs de ces deux approches sont assez fluides et elles peuvent être parfois contradictoires à différents moments de leur carrière. L'approche catégorielle est plutôt mobilisée pour la promotion de techniques thérapeutiques précises. Ainsi, lorsque les acteurs de l'industrie pharmaceutique entendent montrer l'intérêt d'un traitement, c'est à cette approche qu'ils recourent. Au contraire, l'approche processuelle comporte une dimension critique à l'égard des études produites par les firmes pharmaceutiques. Cette approche permet la promotion d'un ensemble de traitements en restreignant leur usage aux situations de résistance. Elles entendent sauvegarder l'autonomie des médecins à organiser ces ressources thérapeutiques. En effet, même lorsque ces auteurs détaillent des séquences de traitements, il s'agit d'indications très générales. En comparaison avec des protocoles de cancérologie ou pour la réanimation cardio-respiratoire décrits par Stefan Timmermans²¹¹, le « script technoscientifique » est beaucoup plus flou.

3.1 La TRD comme catégorie

Dans l'approche catégorielle, les auteurs considèrent que la définition du phénomène prime et doit faire consensus. Un tel accord serait, selon eux, la condition sine qua non pour asseoir l'efficacité de certaines techniques, produire des études épidémiologiques et mettre en

²¹¹ (Timmermans & Berg, 1997)

évidence des marqueurs prédictifs de la réponse aux traitements. Ainsi, ces articles discutent des différents éléments de la définition et entendent arrêter des seuils. Au bout de combien d'essais de médicaments parle-t-on de résistance ? À partir de quelle dose et de quelle durée ? Ce faisant, ils établissent des standards terminologiques qui leur permettent de stabiliser le sens de la notion²¹². Par exemple, deux psychiatres proposent la définition suivante : « échec de réponse à des doses standard (donc significativement supérieures au placebo en double aveugle) pendant au moins 6 semaines de façon continue »²¹³. Cette approche se distingue par la rigidité de ses critères.

Ses tenants laissent de côté les questions liées à l'hétérogénéité diagnostique de la dépression et celles des maladies associées, les comorbidités. Aussi, ils excluent généralement de la définition les dépressions s'inscrivant dans le cadre d'un trouble bipolaire, les patients ayant une addiction, une autre pathologie psychiatrique ou somatique. Le psychiatre belge Daniel Souery justifie ce choix²¹⁴ : « Ces critères opérationnels ne doivent pas être considérés comme une définition absolue de la TRD, mais d'abord comme un instrument cohérent permettant d'initier des projets de recherche avec des critères opérationnels standardisés²¹⁵ [...] Il est important de limiter l'hétérogénéité de l'échantillon de patients afin d'obtenir des résultats valables. En effet, la validité doit prévaloir à ce stade sur la généralisabilité, qui ne peut être déduite que pour un résultat valide. Des caractéristiques plus complexes peuvent être considérées séparément ou dans des définitions futures²¹⁶ ». La définition de TRD ne saurait donc être que temporaire en clinique et en recherche.

L'approche catégorielle est celle qui est utilisée dans la plupart des essais cliniques. Les auteurs qui cherchent à démontrer la supériorité d'un traitement sur un autre ou sur un placebo mobilisent ces critères stricts. En effet, ce type d'étude nécessite de travailler sur une population homogène pour pouvoir comparer le groupe traité et à celui qui ne l'est pas. Aussi, cette approche est principalement employée dans les essais de l'industrie pharmaceutique, et par des psychiatres que j'appelle les promoteurs radicaux de techniques particulières dans le chapitre suivant. À titre d'exemple, en 2016, un groupe de psychiatres de renommée internationale fait paraître dans le non moins renommé *Biological Psychiatry* un article qui prouve l'efficacité de

²¹² Je reprends la distinction opérée par Stefan Timmermans entre standards terminologiques et de procédures (Timmermans & Berg, 2010; Timmermans & Epstein, 2010)

²¹³ (Fava & Davidson, 1996)

²¹⁴ (Souery et al., 1999)

²¹⁵ "These operational criteria are not to be considered as an absolute definition of TRD, but first as a coherent instrument that can initiate research projects with standardized operational criteria"

²¹⁶ "It is important to limit the heterogeneity of the sample of patients in order to obtain valid results. Indeed validity should prevail at this stage on generalizability, which can be inferred only for a valid result. More complex features can be considered separately or in future definitions"

perfusions de kétamine pour la TRD²¹⁷. Ils définissent ainsi la TRD : « Les participants inclus étaient des hommes et des femmes âgés de 18 à 64 ans qui répondaient aux critères diagnostiques de dépression récurrente du DSM-IV-TR [...]. Selon la définition conventionnelle du TRD, les patients devaient avoir eu une réponse inadéquate à au moins un antidépresseur lors de leur épisode dépressif actuel et une réponse inadéquate à au moins un autre antidépresseur lors de leur épisode dépressif actuel [...] Les patients devaient également présenter un score total d'au moins 34 à l'*Inventory Depressive Symptomatology-Clinician rated* ». Dans ce type d'étude, des critères très serrés sont ainsi mis à profit pour démontrer l'efficacité supérieure de traitements spécifiques.

3.2 La TRD comme processus : le succès de STAR*D

Selon la deuxième approche, que j'appelle processuelle, il existe des degrés de résistance. Le but des cliniciens et des chercheurs est alors d'organiser de façon rationnelle l'usage de ressources thérapeutiques en fonction de celui-ci. À partir de l'étude de populations de malades, ils modélisent des stades de maladie associés à des pronostics de rémission décroissants. À chaque stade correspond un traitement. Ils travaillent à établir des standards de procédure : ils décrivent comment les séquences d'action doivent être réalisées et ordonnées²¹⁸. Ainsi, en 1997, deux psychiatres proposent la suivante :

« Stade I : échec d'au moins un essai adéquat d'une classe majeure d'antidépresseur

Stade II : échec d'un essai adéquat d'un antidépresseur d'une classe différente

Stade III : échec d'un essai adéquat d'un antidépresseur tricyclique

Stade IV : échec d'un antidépresseur IMAO

Stade V : échec d'une cure d'ECT »²¹⁹

Les chercheurs déterminent un statut à chaque traitement pour calculer un degré de résistance. Ils discutent du poids et de la place à attribuer à chacun d'entre eux jusqu'au plus haut degré de résistance. Par exemple, est-ce que l'absence de réponse à une psychothérapie doit être intégrée au score de résistance ? La résistance à une cure d'ECT pèse-t-elle autant qu'une résistance à un médicament ? La résistance à deux molécules de la même classe équivaut-elle à la résistance

²¹⁷ (Singh et al., 2016)

²¹⁸ (Timmermans & Berg, 2010; Timmermans & Epstein, 2010)

²¹⁹ (Thase & Rush, 1997)

à deux différentes ? Par ailleurs, alors que dans la première approche les auteurs cherchaient à constituer des populations homogènes, cette fois-ci, ils prennent en compte la variété des situations cliniques. Ils spécifient la sévérité de la dépression, incluent les patients bipolaires ainsi que ceux ayant d'autres pathologies psychiatriques et somatiques. Ces stades doivent servir à guider les psychiatres dans le traitement des pathologies résistantes et à adapter leurs efforts. Ils sont invités à trouver la juste position entre «acharnement et nihilisme thérapeutiques»²²⁰.

Avec ces études, leurs auteurs formulent ce qu'ils appellent des *Staging Method* (SM). Elles sont nombreuses et proposent des solutions diverses aux problèmes que j'ai présentés plus haut. Les deux plus célèbres sont la *Massachusetts General Hospital Staging Method* (MGH-SM) et la *Maudsley Staging Method* (MSM). La première est élaborée par une équipe de Boston au début des années 2000²²¹. Elle intègre certaines critiques adressées aux premières SM, et notamment celles leur reprochant de ne pas définir les paramètres de traitement²²². Cette méthode permet de générer un score de résistance selon la dose et la durée de prescription des médicaments. Un poids plus important est accordé aux combinaisons de molécules et à l'ECT. La deuxième méthode est formulée à la fin des années 2000 à Londres, il s'agit de la *Maudsley Staging Method* (MSM)²²³. Les chercheurs invitent à prendre en compte ce qu'ils nomment des *Core Factors*, c'est-à-dire des facteurs fréquemment associés à l'émergence d'une TRD. Ce sont le nombre d'échecs thérapeutique, la sévérité de la maladie et la durée de la maladie²²⁴. Ces SM sont critiquées par les tenants des approches catégorielles qui pointent l'absence de justification du poids plus important donné à certaines techniques²²⁵.

L'approche processuelle culmine avec la *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression* (STAR*D), une étude lancée en 2003. Quand la plupart des méthodes de *staging* ont moins de 1000 citations sur Google Scholar, la publication des résultats de STAR*D en compte près de 3500. Cette étude d'ampleur est financée par le NIMH. Elle est collaborative et implique des psychiatres états-uniens qui travaillent sur les dépressions résistantes depuis plusieurs années²²⁶. Contrairement aux autres SM qui enregistrent les effets des interventions

²²⁰ (Amsterdam & Hornig-Rohan, 1996)

²²¹ (Fava, 2003)

²²² Cette critique est notamment formulée par Daniel Souery (Souery et al., 1999)

²²³ (Donaldson et al., 2009; Fekadu et al., 2009, 2012, 2018)

²²⁴ La Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression (DM-TRD), publiée en 2016 constitue une extension à cette méthode. Les auteurs ajoutent d'autres facteurs : l'impact fonctionnel, l'anxiété comorbide, les troubles de la personnalité, les stress psychosociaux, les psychothérapies qui ont échoué, les traitements intensifiés (Peeters et al., 2016)

²²⁵ (Berlim & Turecki, 2007)

²²⁶ (Fava et al., 2003; Rush et al., 2004)

rétrospectivement, STAR*D est une enquête prospective, qui suit les groupes de patients, leur administre les traitements et évalue leurs effets au cours du temps. Par ailleurs, et pour la première fois, l'essai inclut des séances de thérapie comportementale et cognitive. Le protocole définit des séquences de traitements : tous les patients prennent d'abord un antidépresseur ISRS, le citalopram, puis ils décrivent 4 niveaux dans lesquels ils indiquent comment changer ou combiner les traitements. L'objectif est clair : produire des guidelines et des algorithmes, éventuellement de mettre au point des logiciels de décision thérapeutique assistée par ordinateur. L'étude montre que le taux de rechute est plus important lorsqu'on avance dans les stades. À partir de ce résultat, les auteurs enjoignent les psychiatres à traiter vigoureusement les patients de façon précoce. Ils réaffirment que le but des traitements de la dépression est de parvenir à une rémission complète des symptômes. Le vocabulaire utilisé est celui de la maladie aiguë, de la cancérologie et des maladies infectieuses. Si STAR*D n'a pas permis de clore les débats autour des dépressions résistantes, l'étude a eu un impact important pour les psychiatres occidentaux. Elle est régulièrement citée dans les articles et manuels traitant du sujet, mais aussi par les recommandations nationales et internationales. À l'échelle locale, sur mon terrain notamment, les résultats de l'enquête sont fréquemment rappelés.

Dans l'approche processuelle, les auteurs adoptent une position de méfiance à l'égard de l'industrie pharmaceutique. Ils arguent que les essais de phase III ont des critères d'inclusion trop étroits pour pouvoir définir l'efficacité d'un traitement antidépresseur²²⁷. Ils appellent également à ne pas abandonner les recherches d'optimisation des traitements existants²²⁸. En effet, ils reprochent à l'industrie de mettre un accent excessif sur la recherche de nouvelles techniques thérapeutiques. En outre, ces psychiatres défendent l'autonomie de la profession à établir des séquences thérapeutiques.

3.3 Après STAR*D : le sort de la TRD

Des années 1990 à aujourd'hui, plusieurs auteurs ont régulièrement rappelé qu'aucun consensus n'avait été atteint concernant la définition des TRD. Pour autant, l'ensemble de celles publiées converge autour d'une architecture spécifique. Ainsi, une dépression résistant au traitement est généralement comprise comme une dépression correctement diagnostiquée, c'est-à-dire par des critères opérationnels, dont les symptômes, mesurés par des échelles

²²⁷ (Wisniewski et al., 2009)

²²⁸ (Nemeroff, 2007)

standardisées, persistent malgré un traitement jugé adéquat. En outre, et pour dépasser ce problème, deux voies ont été poursuivies dans des espaces d'échange différents. D'une part, dans les manuels universitaires et les recommandations professionnelles, la TRD est souvent définie de façon très floue. Dans l'espace des publications, certains auteurs ont proposé des concepts alternatifs à celui de TRD avec pour ambition d'en surmonter les limites.

3.3.1 Utiliser la catégorie de TRD en l'absence de consensus sur sa définition

Malgré l'absence d'accord sur la définition de la TRD, certaines ressources documentaires destinées à un grand nombre de professionnels de psychiatrie mobilisent la notion, quoique de façon assez vague. Dans les manuels universitaires, le terme est utilisé avec prudence. Le *Comprehensive Textbook of Psychiatry* de Benjamin et Virginia Sadock, ne consacre un développement à la TRD qu'à partir de son édition de 2009. Ce manuel, publié dès 1968, en est actuellement à sa 10^e édition et constitue un ouvrage de référence dans le monde en psychiatrie. Dans les versions antérieures²²⁹, le terme sert à indiquer dans quelles situations prescrire certains traitements, comme l'ECT ou les IMAO. Même dans les plus récentes²³⁰, le concept n'est pas défini précisément. Le chapitre dédié au traitement des dépressions décrit les stratégies de l'étude STAR*D.

À la fin des années 2000, la notion de dépression résistant aux traitements est intégrée à plusieurs recommandations d'agences de santé gouvernementales. Cependant, à l'instar de ce que j'ai décrit pour les manuels universitaires, leurs auteurs ne la définissent généralement pas. Ainsi, en 2010, le *Work Group on Major Depressive Disorder* de l'association américaine de psychiatrie (APA) publie la troisième édition des *Practice Guideline for the treatment of patients with Major Depressive Disorder*²³¹. Le groupe de travail est composé de certains participants de STAR*D. Alors que le terme est très employé dans le document, aucune définition claire n'y est pourtant indiquée. Les auteurs intègrent les résultats de STAR*D et donnent des recommandations sur les différentes séquences. En Grande-Bretagne, en 2009, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), émet des recommandations pour la gestion des dépressions²³². Elles expliquent que certaines techniques peuvent être utilisées en cas de dépression résistant aux traitements. Cependant, elles abandonnent le concept au moment

²²⁹ (Sadock, 2000; Sadock et al., 2005)

²³⁰ (Sadock et al., 2009, 2017)

²³¹ (American Psychiatric association, 2010)

²³² (NICE, 2009)

d'exposer des séquences de traitements et parlent de « stepped care » : la dépression est classifiée en 4 stades en fonction de sa sévérité, auxquels correspondent autant de protocoles de traitement. En France, les recommandations de la haute autorité de santé de 2009 ne mentionnent pas la notion, mais définissent la dépression chronique²³³.

Cette absence de consensus sur la définition continue pourtant de poser des problèmes. En 2017, paraît dans le journal de l'association américaine de psychiatrie un article au titre éloquent : « Toward an Evidence-Based, Operational Definition of Treatment-Resistant Depression. When enough is enough »²³⁴. Selon ces auteurs, le manque de consensus sur la définition de la TRD a d'importantes conséquences sur la possibilité de faire de la recherche sur cette entité et d'en comprendre les facteurs biologiques. Ils pointent par ailleurs que tant que les psychiatres n'en adopteront pas de stable, les compagnies d'assurance ne rembourseront pas les traitements employés dans les situations de résistance, ce qui crée des problèmes d'accès à ces traitements²³⁵. Soulignant les promesses apportées par STAR*D, ils soutiennent qu'une définition opérationnelle basée sur des preuves est possible.

3.3.2 En finir avec la TRD ?

Dès le milieu des années 2000, plusieurs critiques sont exprimées dans la communauté psychiatrique contre la TRD, qui aboutissent à la fin des années 2010 à la formulation de concepts alternatifs. La première d'entre elles reprend le vieux reproche de ne pas prendre en compte la diversité des dépressions. Pour les auteurs, le problème ne provient pas nécessairement de l'inefficacité des traitements, mais de la façon dont on considère les sous-types de dépression et on prescrit des traitements correspondants. C'est la position du psychiatre australien Gin Malhi, qui parle de « *paradigm failure* »²³⁶. Il questionne la portée générale qui est donnée aux résultats des études sur la TRD réalisés sur des populations hétérogènes : « de pauvres diagnostics mènent inévitablement à de pauvres traitements ». Pour les tenants de cet argument, les classifications internationales ont eu tort de gommer les différences entre plusieurs variétés de dépressions²³⁷.

²³³ (HAS, 2009)

²³⁴ (Conway et al., 2017)

²³⁵ Ils décrivent qu'ils ont organisé une rencontre avec le *Center for Medicare and Medicaid Service* et donné leur avis expert concernant la définition de la TRD pour l'assurance maladie. Dans le contexte français, le mode de remboursement des soins est différent et la question de la définition de la résistance ne s'est pas posée en ces termes

²³⁶ (G. Malhi et al., 2005; G. S. Malhi et al., 2019; Parker et al., 2005)

²³⁷ Ces critiques sont adressées, à peu près dans les mêmes termes, par le psychiatre Néerlandais Koen Demyttenaere (Demyttenaere, 2019; Demyttenaere & Van Duppen, 2019)

La deuxième critique adressée au concept de TRD porte sur l'idée qu'il serait possible d'organiser les traitements selon leur plus ou moins grande efficacité. Gin Malhi, toujours, fait dériver cette critique de la première : la conception unitaire de la dépression conduit les psychiatres à considérer que si un médicament ne fonctionne pas, c'est qu'il n'est pas assez puissant. Pour lui, cela mène à une escalade des prescriptions et exclut l'usage d'autres approches, comme les psychothérapies. Il plaide pour ne pas recourir à des techniques plus « agressives », et incite à changer de regard sur les maladies psychiatriques. La troisième critique, enfin, porte sur les capacités des médicaments à soigner certaines dépressions. Ainsi, en 2020, le même auteur définit la TRD irréversible afin d'étudier quels facteurs rendent certaines dépressions incurables, ce qu'il appelle les « *catastrophic failures* »²³⁸. Il projette que ces facteurs pourraient être des lésions organiques invisibles dans l'état actuel des connaissances qui créeraient une maladie « fixée », à l'instar des accidents vasculaires cérébraux en neurologie. Cette dernière critique rapproche la notion de dépression chronique et celle de TRD.

Ces critiques conduisent d'autres auteurs à construire des concepts alternatifs à celui de TRD. La première est celle de *multiple therapy resistant major depressive disorder* (MTR-MDD) qui reprend à son compte les difficultés à ordonner les traitements. Le défi ne serait pas de hiérarchiser les différentes séquences, mais d'identifier quand mobiliser les techniques « non standards », c'est-à-dire ni trop tôt ni trop tard. Ce concept propose de dépasser la détermination de seuils validés par des essais cliniques, et d'indiquer à la place des avis d'expert faisant consensus pour l'utilisation de ces traitements. Les traitements non standard et usuels y sont présentés sur un continuum. À une extrémité, il y a ceux ayant le plus de preuves, faciles à mettre en œuvre, bien tolérés, non invasifs et peu onéreux. De l'autre, il y a ceux dont l'efficacité n'a pas été démontrée, nécessitant une certaine organisation, invasifs et coûteux. Cette approche est vivement critiquée par le psychiatre Ian Anderson, de l'université de Manchester, qui le qualifie de « traité pour charlatans qui permet d'essayer des traitements héroïques, mal prouvés ou mal jugés »²³⁹. Selon lui, la pression à « faire quelque chose » est une tendance dangereuse pour les malades. Aussi, il plaide pour le développement d'approches par la réhabilitation, à l'instar de la notion de dépression difficile à traiter (*Difficult to Treat Depression* ou DTD).

Celle-ci émerge dans les publications médicales des années 2010 en tant que sous-type de la TRD et s'impose comme une alternative à celle-ci à la fin de la décennie. Cette approche

²³⁸ (G. S. Malhi & Bell, 2020)

²³⁹ (Anderson, 2018)

est travaillée par des psychiatres critiques de la TRD, mais aussi par des promoteurs de la notion, dont des auteurs de STAR*D. Dans un article de 2019, plusieurs auteurs remettent en cause le modèle actuel de traitement des dépressions, duquel participe la TRD, qu'ils accusent de viser essentiellement la rémission complète, c'est-à-dire un état sans symptôme²⁴⁰. Ils discutent le concept en disant qu'il ne correspond pas à un groupe de patients homogène et que la guérison totale n'est que rarement possible. Par ailleurs, ils avancent qu'aucune des techniques proposées dans les différentes séquences n'a fait la preuve de sa supériorité sur les autres. Avec la DTD, ils entendent donner des indications aux médecins pour gérer la dépression en minimisant l'impact des symptômes et en diminuant les facteurs qui peuvent aggraver la maladie, sans chercher nécessairement à la guérir. Selon les auteurs, avec la TRD, les psychiatres puisaient leurs modèles dans la cancérologie : ils parlaient de rémission et de rechute, mais aussi de traitement agressif. Eux, proposent d'accompagner les patients dépressifs sur un modèle plus proche de la cardiologie ou de la rhumatologie, donc de maladies chroniques. Ils terminent l'article en soulignant cependant que l'idéal reste la rémission, mais que la DTD pourrait aider les psychiatres à gérer les symptômes dits « résiduels ». On voit les hésitations de ces auteurs à abandonner la TRD.

La notion de DTD fait l'objet d'une conférence de consensus internationale en 2020²⁴¹. Ses promoteurs rapprochent le traitement de la dépression de celui des schizophrénies, en intégrant la notion de « recovery ». « La focale est mise sur l'optimisation du contrôle des symptômes, la maximisation du fonctionnement et de la qualité de vie, et la minimisation du fardeau lorsque la rémission n'est plus envisageable ». C'est ainsi le champ sémantique de la maladie chronique qui est mobilisé, mais aussi du handicap avec les notions de fonctionnement, de qualité de vie et de fardeau. Ces psychiatres entendent dépasser une vision de la maladie en termes de symptômes et déploient un langage capacitaire de la maladie²⁴². Ils encouragent les cliniciens à prendre en compte « l'environnement psychologique et social » des malades et de les conduire, par des techniques de « self-management » à favoriser leur « empowerment ». Ces discours sur les capacités des malades sont alimentés par une autre question posée par ces médecins : est-ce la maladie qui résiste ou les malades eux-mêmes ? Alors que le débat semblait avoir été clôt, avec la notion de DTD, il est rouvert.

²⁴⁰ (Rush et al., 2019)

²⁴¹ (McAllister-Williams et al., 2020)

²⁴² (Champion & Garnoussi, 2017)

4. La TRD en France

En France, avant les années 1970, les psychiatres français parlent de la résistance aux médicaments uniquement comme de l'absence de volonté de guérir des patients. Ainsi, Cyrille Koupernik²⁴³ écrit en 1964 qu'« Il est des cas où le malade semble tenir à sa maladie, dans la mesure où elle représente pour lui un langage, un refuge analogue à celui que cherche l'enfant qui ne veut pas aller en classe. C'est, nous semble-t-il, dans ces cas que l'on voit les plus fortes résistances au traitement »²⁴⁴. Jusque dans les années 2000, en France, les grands thèmes de recherche sont les facteurs conduisant à la résistance et les traitements à employer en cas de résistance, sans problématiser directement la notion. Ainsi, les deux psychiatres français Henri et Pierre Lôo, font paraître un livre intitulé *La dépression* aux éditions que sais-je et qui connaît trois versions entre 1991 et 2001²⁴⁵. Ils écrivent : « Les formes résistantes : certaines dépressions résistent au traitement et évoluent sur un mode chronique. Il convient d'en rechercher les causes. Elles sont schématiquement de trois types : cause organique : détérioration débutante chez un sujet après 50 ans, rechercher un cancer profond ; conditions affectives ou existentielles néfastes ; troubles de la personnalité associés ». La recherche de tels facteurs externes à la maladie s'appuie sur la forte conviction que les dépressions sont des pathologies curables. Ils disent ainsi « la dépression si redoutable dans ses virtualités est pourtant facile à guérir avec les thérapeutiques modernes psychologiques, chimiques et dans les formes graves l'électrochoc, traitement anodin malgré les fantasmes dont l'entourent l'ignorance ou la mauvaise foi. Une mélancolie bien traitée évolue en quelques semaines vers la guérison. L'efficacité du traitement est certaine, sinon il faut reconsidérer le diagnostic et chercher les facteurs responsables de l'échec thérapeutique, souvent une affection organique sous-jacente ou des conditions affectives particulièrement néfastes »²⁴⁶.

Une bascule s'opère dans les années 2000. Le concept est débarrassé de ses allusions à la résistance des malades eux-mêmes. À l'instar des publications internationales, les psychiatres français ne parlent plus seulement de la résistance comme de l'expression de facteurs externes à la maladie, mais en tant que propriété de la maladie elle-même. C'est notamment visible dans les différentes éditions du manuel *Psychiatrie de l'adulte*, paru entre 1977 et 2007, sous la

²⁴³ Ce psychiatre d'origine Russe était pourtant un farouche défenseur d'une compréhension des maladies mentales en termes biologiques

²⁴⁴ (Koupernik, 1964)

²⁴⁵ (Lôo & Lôo, 2001)

²⁴⁶ (Lôo & Lôo, 2001)

direction de Thérèse Lempérière et André Féline²⁴⁷. Jusque dans la version de 2007, les auteurs décrivent les bilans à réaliser et les stratégies thérapeutiques à déployer en cas de « forme résistante ». Dans celle de 2007, ils affirment que « l'échec de deux traitements bien conduits permet de parler de dépression résistante ».

En 2019, en réaction à l'absence de recommandations françaises, la fondation FondaMental et l'Association française de Psychiatrie biologique et de Neuropsychopharmacologie (AFPBN) entreprennent d'en publier²⁴⁸. Elles sont présentées comme le résultat d'une conférence d'experts : ils définissent le concept, les examens à réaliser, fournissent des outils d'évaluation et indiquent des séquences de traitements. Ainsi, à la fin des années 2010, le cas français rejoint la situation de la psychiatrie internationale.

5. Une autre histoire : la schizophrénie résistant aux traitements

La formalisation de la définition de schizophrénie résistant aux traitements (TRS) s'est faite de façon parallèle à celle de TRD. Sur certains aspects cependant, son opérationnalisation a suivi une direction opposée. D'une part, alors que pour la dépression la catégorie prend en compte la chronicité, pour la schizophrénie, elle suggère la possibilité de guérir de cette maladie réputée incurable. D'autre part, contrairement aux périodes précédentes, les formes résistantes de schizophrénie ne sont plus considérées comme le cœur de l'entité nosologique, mais comme un groupe de malades nécessitant des traitements plus intensifs.

Dans les années 1980, de même qu'avec la TRD, la TRS est progressivement définie dans les publications médicales, en intégrant des outils standardisés. Jusqu'à la fin des années 1980, ce qui peut être considéré être un traitement adéquat reste flou et les publications ne fixent pas de critères a priori pour parler de résistance.

Une étude de 1988, conduite par le psychiatre John Kane et son équipe, constitue une rupture dans la façon de définir la schizophrénie résistante²⁴⁹. Il entend montrer l'efficacité supérieure de la clozapine sur celle de la chlorpromazine dans les schizophrénies résistant aux traitements. Cette publication s'inscrit dans un contexte bien spécifique que son auteur mentionne dans l'introduction. En effet, en dépit de résultats prometteurs, la clozapine a été

²⁴⁷ (Lempérière et al., 1991; Lempérière et al., 2007; Lempérière & Féline, 1977)

²⁴⁸ (Bennabi et al., 2019)

²⁴⁹ (Kane et al., 1988)

retirée du marché en 1975 à la suite de plusieurs cas d'agranulocytose²⁵⁰ à l'issue fatale. L'étude de John Kane apparaît alors comme une tentative pour réhabiliter la molécule.

Cette molécule est synthétisée en 1958, en même temps que trois autres composés, par l'entreprise pharmaceutique suisse Wander, à partir de la modification de la structure chimique de l'imipramine²⁵¹. Après une phase de screening sur des modèles animaux, la clozapine est testée sur des patients schizophrènes. À la suite d'essais cliniques montrant son efficacité, le traitement est commercialisé en 1972 en Autriche et en Suisse, puis en 1975 en Finlande. Des psychiatres allemands et suisses pointent alors l'intérêt du médicament pour soigner des schizophrénies réfractaires aux autres neuroleptiques. Ces psychiatres mettent en avant un avantage supplémentaire : la clozapine induit beaucoup moins d'effets secondaires neurologiques que les médicaments de la même classe, voire elle permet de diminuer les manifestations de dyskinésie tardive (un effet indésirable fréquent des neuroleptiques). Cependant, en 1975, plusieurs cas d'agranulocytose sévères sont rapportés en Finlande. 20 patients décèdent et la commercialisation du traitement est suspendue dans la plupart des pays européens. Les médecins qui avaient mis en évidence la singularité de ce médicament protestent. Aussi, l'entreprise Sandoz, qui avait racheté Wander entre temps, décide de maintenir la vente de la clozapine aux USA, mais uniquement dans le but de poursuivre les investigations concernant son usage. C'est dans ce contexte que John Kane et Herbert Meltzer conduisent l'étude de 1988. À la suite de celle-ci, la FDA accorde la mise sur le marché de la clozapine aux États-Unis à la condition de surveiller le taux de granulocytes pendant le traitement.

Définir très précisément le groupe des schizophrènes résistant aux traitements constitue donc pour John Kane un enjeu de taille. C'est ce qui peut lui permettre de convaincre les décisionnaires de la FDA d'autoriser la commercialisation de la clozapine pour cette population de patients. Cet extrait est issu de l'article :

« Cette étude a été conçue pour tester l'efficacité de la clozapine chez des patients schizophrènes hospitalisés qui sont considérés comme résistants au traitement. Seize centres participants ont fourni des données pour un total de 319 patients. Les patients devaient répondre aux 20 critères du DSM III pour la schizophrénie. Les critères pour être classés comme réfractaires au traitement comprenaient les suivants : (1) au moins trois périodes de traitement au cours des cinq dernières années avec des neuroleptiques

²⁵⁰ Baisse drastique du nombre de certains globules blancs dans le sang, les polynucléaires neutrophiles

²⁵¹ L'historien et psychiatre David Healy revient plus longuement sur l'histoire de la clozapine dans *The creation of Psychopharmacology* (Healy, 2009).

(d'au moins deux classes chimiques différentes) à des doses équivalentes ou supérieures à 1000 mg/j de chlorpromazine pendant une période de six semaines, chacune sans soulagement symptomatique significatif, et (2) aucune période de bon fonctionnement au cours des cinq dernières années. Les sujets devaient répondre aux critères de gravité psychopathologique suivants : un score total sur l'échelle de la BPRS d'au moins 45 plus un score minimum sur l'échelle CGI de 4 (modérément malade). »

Les paramètres que sont la dose, la durée et le nombre de molécules déjà testées ne sont plus de simples descriptions d'une population de patients, comme c'était le cas des publications antérieures. Ils deviennent des critères préalables, nécessaires pour inclure les patients dans l'étude et donc pour les considérer qu'ils résistent au traitement.

Avec cette définition, John Kane caractérise un groupe spécifique de malades qui ne sont plus jugés incurables. Au contraire, ce sont ceux chez qui les efforts pour réduire les manifestations de leur maladie ne doivent jamais être totalement abandonnés.

« Il est évident que le clinicien qui traite les patients non répondeurs doit s'efforcer d'adopter une approche équilibrée, en évitant à la fois le nihilisme thérapeutique et l'utilisation trop zélée de toute pharmacologie ou traitement somatique imaginable. Même les patients qui sont apparemment désespérément malades méritent une réévaluation périodique de la pharmacothérapie en cours et la prise en compte de l'évolution vers des traitements alternatifs. La réponse à la clozapine démontre que ce sous-groupe de patients schizophrènes gravement malades, auparavant considérés par beaucoup comme hors de portée de la thérapie conventionnelle, reste capable d'éprouver une réponse substantielle à la médication. »

L'optimisme de John Kane concernant ce groupe de patients n'est envisageable qu'à condition d'adopter une position interventionniste (même s'il nuance celle-ci). Il abandonne le vocabulaire pessimiste qui était employé quelques années plus tôt et rompt définitivement avec la conception Kraepelinienne de l'évolution inexorable vers un état déficitaire. La schizophrénie devient ainsi une pathologie curable, quoi qu'il en coûte. Cet essai ouvre la voie à d'autres études au design similaire.

Contrairement à la dépression résistant aux traitements, forgée aux côtés de la notion de dépression chronique, la schizophrénie résistant aux traitements est conceptualisée en la détachant de la chronicité. Depuis Emil Kraepelin à la fin du XIXe siècle, la schizophrénie avait été définie comme une pathologie chronique. Une dizaine d'années après la parution de l'article

de 1988 de John Kane, le psychiatre Robert R. Conley explicite ce changement de paradigme²⁵². Pour lui, certains patients schizophrènes restent hospitalisés alors qu'ils présentent peu de symptômes pour différentes raisons que la résistance aux médicaments. Ce sont des traitements psychosociaux inadéquats, une faible observance des médicaments, une histoire de violence commise... La résistance, selon lui, ne saurait être définie que si les soins sont optimaux et seulement après un à deux ans d'évolution de la maladie à un certain niveau d'intensité.

L'ossature de définition employée pour la TRD et la TRS a été transposée à d'autres pathologies. Comme pour les dépressions résistant aux traitements, elles sont utilisées dans des études qui entendent montrer l'efficacité de certaines stratégies thérapeutiques. Ainsi, les fortes doses de médicament, les combinaisons et l'usage de traitements nouveaux sont rapportés pour les troubles obsessionnels compulsifs résistant aux traitements dès les années 1980. À partir des années 2000, des auteurs décrivent le trouble anxieux résistant, le PTSD résistant ou l'anorexie mentale résistant aux traitements²⁵³. Ces catégories sont mobilisées pour justifier le recours aux traitements électriques dans ces pathologies : la rTMS, la stimulation du nerf vague puis la stimulation cérébrale profonde.

Conclusion du chapitre 2 :

Les questions posées par la définition de la TRD sont restées remarquablement stables des années 1970 à aujourd'hui et aucune approche ne s'est imposée pour leur apporter de réponse définitive. Une raison tient à ce que les choix guidant les auteurs dépendent des contextes dans lesquels ils travaillent. Dans l'approche catégorielle, la dépression résistante est conçue comme un phénomène qualitatif dichotomique : une dépression est résistante ou ne l'est pas. En effet, elle est principalement utilisée pour mener des essais cliniques visant à démontrer l'efficacité de techniques thérapeutiques sur les formes résistantes de dépression. L'hétérogénéité diagnostique est limitée au maximum en excluant de nombreux malades de ces essais. La résistance est déduite du caractère inadéquat des traitements antérieurs, définis a priori. Dans l'approche processuelle, à l'inverse, la TRD est un phénomène quantitatif exprimé par un degré de résistance. Un des objectifs de ces études est d'ordonner les ressources thérapeutiques en séquences. L'hétérogénéité diagnostique y est prise en compte sans pourtant reconnaître de sous-types de dépression. À partir de 2018, la DTD, quant à elle, opère un retour

²⁵² (Conley & Buchanan, 1997)

²⁵³ Les traitements ne sont pas nécessairement médicamenteux

en arrière sur les réponses apportées à ces questions. Elle se base sur deux critiques : la résistance pourrait s'expliquer par l'existence de sous-types de dépression sur lesquels certaines molécules spécifiques fonctionneraient et pas d'autres ; il n'y aurait pas de preuve que certains traitements sont plus efficaces que d'autres. Le concept laisse également ouverte la possibilité d'attribuer la résistance aux malades.

Dans le courant des années 1980, la catégorie est venue symboliser la lutte acharnée des psychiatres pour repousser la chronicité, dont l'ampleur était peu à peu reconnue. Plus précisément, ce sont les situations de dépression chronique irréversible que ces psychiatres ont tenté d'éviter à tout prix. En ce qu'elle cristallise un ensemble d'espoirs, je l'ai décrite comme une catégorie d'attente. Ces espoirs peuvent être conçus à au moins trois niveaux. À l'échelle des situations individuelles, la multiplication des interventions pourrait permettre d'améliorer l'état des patients. À un niveau collectif, le nombre de dépressions chroniques pourrait diminuer. Enfin, au niveau des connaissances et des techniques, elle nourrit les espoirs de découvrir de nouveaux médicaments et d'accroître les savoirs sur la dépression. Cette dernière attente, mais aussi celle de conserver des techniques controversées, menacées de disparaître, constitue un motif essentiel d'engagement dans la promotion de ces techniques. C'est l'objet du prochain chapitre.

Chapitre 3 : Techniques controversées, maladies résistantes. Histoires croisées de trois traitements de dernier recours

À des périodes différentes, la dépression résistante a été mobilisée pour défendre l'usage de techniques thérapeutiques particulières. Par exemple, en 1983, H. Hippius²⁵⁴, insistait sur l'importance de définir précisément les critères de dépression résistante. Ceux-ci devaient permettre, selon lui, d'argumenter qu'il était indispensable de préserver l'ECT et les antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO), dont il redoutait le déclin. Bien plus tard, dans les années 2010, la TRD est employée pour obtenir la mise sur le marché de l'eskétamine, un nouvel antidépresseur dérivé de la kétamine. La formalisation de la catégorie est, en effet, contemporaine de la montée de leur régulation par des agences gouvernementales, des associations professionnelles ou par les marchés économiques. Ce chapitre explore comment la catégorie a été utilisée dans la promotion de l'ECT, des antidépresseurs IMAO et de la kétamine et dans quelles configurations sociales.

Les prises de position à leur égard se sont organisées autour de trois pôles : une promotion radicale, une promotion modérée et une opposition. Dans la *promotion radicale*, les acteurs décrivent ces techniques comme les plus efficaces en psychiatrie et ils œuvrent pour un usage le plus extensif possible. Ils se montrent sceptiques face à leurs risques et tendent à les minimiser. La position de *promotion modérée* est le plus souvent incarnée par des psychiatres travaillant au sein d'une association professionnelle ou d'agences gouvernementales. Ils estiment que ces techniques sont efficaces, mais affirment qu'elles présentent des risques. Ils préconisent qu'elles soient réservées aux cas de dépression n'ayant pas répondu aux traitements médicamenteux. Dans cette position, les psychiatres cherchent généralement à adapter leur usage pour en limiter les risques. Enfin, dans la position d'*opposition*, les personnes pointent principalement leurs risques, qu'ils considèrent comme inacceptables au regard de leurs faibles bénéfices. Il peut s'agir d'une position désignée par des promoteurs. Dans l'exemple de l'ECT, après les années 1960, peu de psychiatres ont pris la parole par le biais des publications scientifiques pour dénoncer son usage. Les détracteurs de la technique se sont exprimés par d'autres canaux. Ils ont été pointés du doigt comme tels par des promoteurs radicaux, leur reprochant d'être partisans d'idées qualifiées d'antipsychiatriques.

²⁵⁴ Dans son discours d'ouverture du symposium de la *World Psychiatric Association*, que j'ai présenté dans le chapitre précédent (Hippius & Jungkunz, 1983)

Le caractère de dernier recours de ces techniques prend au moins deux sens selon la position des psychiatres promoteurs. Pour les promoteurs radicaux, le fait que ces techniques fonctionnent sur les cas de dépressions résistantes constitue une preuve de leur importance dans l'arsenal thérapeutique. Ces techniques sont utilisées en dernier recours pour retarder leur usage lorsque d'autres traitements réputés moins efficaces n'ont pas marché. Cette position est le plus souvent défendue par la publication d'études mobilisant une approche catégorielle de la dépression. Au contraire, les promoteurs modérés considèrent que leurs risques doivent être réduits en ne les pratiquant que sur les dépressions résistantes. C'est généralement l'approche processuelle, que j'ai présentée dans le chapitre précédent, qui est alors employée.

J'emprunte mes analyses à la sociologie des problèmes publics et de l'action collective²⁵⁵. Selon cette perspective, les problèmes publics émergent d'individus ou de groupes qui, moyennant une enquête, identifient une situation problématique. Ce processus va de pair avec la constitution d'un public concerné par cette situation. Assemblées en collectifs, les personnes procèdent à l'agrégation des données pouvant documenter cette situation²⁵⁶. Cette collection peut être organisée par des institutions, et notamment des agences gouvernementales, dont la légitimité et le pouvoir de modifier la situation peuvent être contestés²⁵⁷. La publication de ces données documente la situation autant qu'elle contribue à constituer le public. En outre, les problèmes sociaux sont perçus au travers de cadres qui préexistent aux situations et qui participent à les mettre en forme²⁵⁸. Ils forment les motifs pour lesquels les individus se mobilisent pour définir et changer les situations²⁵⁹.

Dans ce chapitre, je montre comment la dépression résistante a été utilisée comme motif d'engagement pour promouvoir des techniques dont on craignait la disparition. Dans les années 1970, l'ECT est vivement contestée dans l'espace public et de plus en plus régulée. Des psychiatres promoteurs radicaux forgent ce que j'appelle le mythe du déclin de l'ECT et prouvent la supériorité de son efficacité, en particulier dans les situations de résistance. À la même période, les IMAO, des médicaments comportant de nombreux effets indésirables potentiellement mortels, sont de moins en moins utilisés, en partie du fait de restrictions légales. Les psychiatres en défendant l'usage ont tenté de montrer leur intérêt pour soigner les dépressions résistantes et en minimiser leurs risques. Enfin, avec la kétamine, la dépression

²⁵⁵ (Cefai, 2012; Cefai & Trom, 2001)

²⁵⁶ Joseph Gusfield en a donné une description avec l'exemple de la mortalité par accident de la route (Gusfield, 1996)

²⁵⁷ (Spector & Kitsuse, 1973)

²⁵⁸ (Cefai, 2001)

²⁵⁹ (Trom, 2001)

résistante a permis aux auteurs d'en faire un traitement révolutionnaire, au détriment de considérations sur ses effets néfastes à long terme.

1. « C'est un danger que cette procédure soit sous-utilisée alors que c'est la plus efficace ». Rendre le déclin de l'électro convulsivothérapie intolérable.

L'électro convulsivothérapie, ou électrochoc, a certainement été un des traitements les plus critiqués de la psychiatrie au XXe siècle. Aux côtés de la lobotomie, il a incarné dans l'imaginaire collectif, et sans doute encore aujourd'hui, une psychiatrie asilaire mutilante et répressive. Pourtant la technique est actuellement considérée parmi les plus efficaces par les psychiatres. Elle continue d'être pratiquée sous anesthésie générale, dans les situations de dépressions résistantes notamment. Dans cette section, je retrace son histoire à la lumière de la prise en compte de ses risques. Dans les années 1960, les effets sur la mémoire cristallisent un nombre croissant de critiques provenant de l'intérieur et de l'extérieur de la profession. Elles sont telles qu'aux États-Unis, son accès est restreint dans certains états. En réaction à ces limitations, les psychiatres organisent sa défense selon deux voies. Les premiers, adoptant une posture de promotion modérée, entreprennent de produire un ensemble de recommandations visant à en encadrer l'usage. Les seconds, plus radicaux, font paraître des études montrant sa grande efficacité tout en minimisant les risques. Ces derniers ont régulièrement dénoncé l'engagement trop tempéré des associations professionnelles et d'agences gouvernementales comme le NIMH dans sa sauvegarde.

Les promoteurs radicaux ont développé une rhétorique que j'appelle le mythe du déclin de l'ECT. Selon eux, l'ECT aurait disparu dans les années 1970 du fait d'un contexte intellectuel, tant académique que médical, délétère et serait réapparue grâce à leur combat. Ce mythe a également été alimenté par des travaux de psychiatres faisant l'histoire de la technique²⁶⁰. Par exemple, la question de recherche d'E. Shorter et D. Healy dans *Shock therapy : a history of electroconvulsive treatment in mental illness* peut se résumer ainsi : pourquoi un traitement aussi efficace a été évincé de l'arsenal thérapeutique en psychiatrie ? À la lumière des données que je présente ici, il semble plutôt que l'ECT n'ait jamais disparu. Elle a certes été moins pratiquée, du fait d'une restriction de sa réalisation à certaines situations cliniques et de sa relocalisation dans les unités de psychiatrie universitaire et les cliniques

²⁶⁰ (Edel & Caroli, 1987; Missa, 2006; Petit, 2017; Shorter & Healy, 2007)

privées. Dans cette section, je reprends les principales mutations de son usage des années 1960 aux années 2010, aux États-Unis essentiellement. Pour cela, je m'appuie sur les publications de mon corpus documentaire et sur les éditions successives du *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*²⁶¹.

1.1 Caractériser les risques : de l'expansion de la technique à sa remise en cause

Dès les premières années de son usage, des psychiatres pointent les risques de l'électrochoc, principalement ceux de fracture et de troubles cognitifs. Schématiquement, les promoteurs radicaux nient leur existence ou en tout cas relativisent leurs conséquences à long terme. Les promoteurs modérés, eux, les reconnaissent et plaident pour adapter la technique. Enfin, des détracteurs considèrent qu'ils sont démesurés et que leur pratique doit cesser. À la fin des années 1960, la prise en compte par les pouvoirs publics de la critique de ses dangers aboutit à son interdiction dans certains États.

L'ECT est importée d'Europe aux États-Unis en 1940 par des psychiatres fuyant les régimes nazis et fascistes. L'historienne Lara Rzesnitzek a décrit le rôle fondamental de Lothar Kalinowsky, psychiatre allemand qui avait assisté Ugo Cerletti dans la mise au point de l'électrochoc, dans la diffusion de la technique en Europe puis à New York. Dès le début des années 1940, aux États-Unis de même qu'en Europe, elle est pratiquée tant à l'hôpital qu'en cabinet. C'est le cas de Lothar Kalinowski qui aménage ce qu'il appelle une « zone de traitement ». Elle est utilisée pour soigner un nombre important de pathologies psychiatriques, comme la dépression, et neurologiques : l'épilepsie, le retard mental, ou les névralgies de la face. La seule contre-indication semble avoir été les « psychonévroses ». En parallèle, les cures de Sakel et au Cardiazol continuent d'être pratiquées jusqu'à la fin des années 1960.

Le risque de fracture est rapidement identifié, d'autant qu'il était déjà présent lors des chocs au Cardiazol. En effet, pendant les convulsions il est fréquent que les patients se luxent la mâchoire, se cassent des os longs ou des vertèbres. Phillip Polatin, un psychiatre viennois ayant émigré aux États-Unis, montre en 1939 que plus d'un tiers des patients traités par Cardiazol présentent des lésions osseuses sur des radiographies. Il s'oppose ainsi à la réalisation des électrochocs à l'institut psychiatrique de l'état de New York. Au *Pilgrim state hospital* de New York, Lothar Kalinowsky quant à lui, introduit une méthode « d'hyper extension manuelle de la colonne vertébrale » avec des sacs de sable afin de limiter ce risque. En 1940, un

²⁶¹ (Kaplan & Sadock, 1967, 1975, 1980, 1985, 1989, 1995; Sadock, 2000; Sadock et al., 2005, 2009, 2017)

anesthésiste décrit les curares, un groupe de composé aux propriétés relaxantes musculaires. Ceux-ci sont employés pour réduire l'intensité des convulsions lors des séances d'électrochoc. Lothar Kalinowsky les suspecte cependant d'être plus dangereux que les chocs eux-mêmes et n'y a pas recours, préférant sa méthode d'hyper extension. L'usage des curares aurait rendu difficile leur réalisation au cabinet.

La question des effets de l'électrochoc sur le cerveau et en particulier sur la mémoire a été à l'origine des principales controverses, mais aussi un moteur d'innovation²⁶². Dès les premières années d'utilisation, deux positions s'affrontent. D'un côté des promoteurs modérés reconnaissent que, dans certains cas, le procédé entraîne une amnésie plus ou moins importante. En 1943, l'académie de médecine de New York demande à un des professeurs de Columbia d'évaluer l'électrochoc à la lumière de la littérature disponible. Il écrit que l'ECT peut générer des pertes de mémoire à long terme et que l'état des connaissances ne permet pas de déterminer si elles sont associées à des dommages cérébraux²⁶³. Il évoque que l'efficacité de la technique puisse passer par l'oubli des évènements traumatiques. D'un autre côté, des promoteurs radicaux nient l'existence des amnésies. Dans un ouvrage paru en 1946, *Shock Treatment*, Lothar Kalinowski, refuse de reconnaître un tel phénomène²⁶⁴. Il qualifie les patients qui s'en plaignent de « névrosés », « hypochondriaque » ou « d'hystériques ». Malgré de nombreuses publications montrant l'impact de la technique sur la mémoire, les promoteurs radicaux maintiennent que ces troubles sont transitoires et totalement réversibles.

Malgré ces difficultés à définir la nature et l'ampleur des pertes de mémoire, des psychiatres promoteurs modérés ont tenté d'adapter la technique. Cette volonté de réduire les effets cognitifs s'est traduite par des innovations concernant le type de courant électrique délivré et le placement des électrodes. Elles sont décrites et affinées à partir des années 1950, mais ne sont intégrées aux recommandations professionnelles que dans les années 1980. En effet, les psychiatres les plus radicaux ont longtemps été réticents à adopter ces modifications de peur de perdre en efficacité. Ainsi, les premières machines à ECT administrent un courant alternatif sinusoïdal²⁶⁵. Dans la seconde moitié des années 1940, une équipe de chercheurs et de psychiatres travaille sur d'autres types de courants²⁶⁶. Ils inventent la *Brief Stimulus Therapy*, c'est-à-dire qu'à la place d'un courant sinusoïdal, ils appliquent un courant alternatif carré de

²⁶² L'historien Jonathan Sadowski a décrit la controverse autour des troubles de la mémoire secondaires à une cure d'ECT (Sadowski, 2016)

²⁶³ (Lewis, 1943)

²⁶⁴ (L. Kalinowsky & Hoch, 1946)

²⁶⁵ Dans un article de 1987, deux psychiatres, Yves Edel et François Caroli passent en revue les caractéristiques techniques des premières machines à électrochoc (Edel & Caroli, 1987)

²⁶⁶ (Liberson, 1948)

courte durée, censée réduire les pertes de mémoire. Lothar Kalinowski réfute ces résultats et y oppose que le courant bref est moins efficace et terrorise les patients²⁶⁷.

Dès les années 1950, une autre adaptation de la technique est mise au point : la stimulation unilatérale. Au lieu de placer les électrodes de part et d'autre du crâne des patients, elles sont disposées sur le côté et au-dessus de la tête pour n'exciter qu'un lobe du cerveau. En 1954, ce sont deux psychiatres new-yorkais qui décrivent la *Focal Stimulation Therapy*²⁶⁸. Ils administrent des doses croissantes de courant électrique au travers d'un seul hémisphère cérébral jusqu'à l'induction d'une crise généralisée. Ils relèvent que la technique est moins efficace que la méthode bilatérale, mais qu'elle provoque moins d'effets indésirables cognitifs. Lothar Kalinowski qualifie même cette adaptation comme étant « la seule véritable innovation dans l'application des ECT »²⁶⁹.

En dépit de ces adaptations, d'anciens malades se placent en détracteurs de la technique et pointent le caractère intolérable de ces risques. Dans les années 1960, aux États-Unis, dans un contexte de revendication de droits civiques, des hôpitaux sont poursuivis en justice par des patients pour utilisation abusive de l'électrochoc²⁷⁰. À l'échelle des états, les législateurs ont tenté d'encadrer son usage²⁷¹. En 1967, l'Utah est le premier à imposer des restrictions, suivi, en 1971, par l'Alabama. Ces restrictions concernent principalement la possibilité de mener une cure d'ECT chez des patients n'ayant pas donné leur accord. Plus largement, l'ECT devient alors l'archétype d'une psychiatrie répressive auprès du grand public. Cette défiance se traduit par une production littéraire et cinématographique abondante dans laquelle les électrochocs sont assimilés à des actes de torture, à l'instar de la lobotomie. Cette vision est renforcée par des témoignages d'usagers et relayée par la presse américaine²⁷². Ces tentatives de réguler la pratique de l'ECT par la voie légale sont reprises par des psychiatres qui entendent maintenir la possibilité de recourir à l'ECT. Deux projets coexistent. D'un côté, des promoteurs modérés associés à des agences gouvernementales et des associations professionnelles entreprennent d'encadrer les usages de la technique par un ensemble de recommandations. D'un autre, des promoteurs radicaux la défendent d'un supposé déclin en produisant des essais cliniques. Les deux sections suivantes décrivent ces deux positions.

²⁶⁷ (L. B. Kalinowsky & Hoch, 1961)

²⁶⁸ (Pacella & Impastato, 1954)

²⁶⁹ (Kaplan & Sadock, 1975)

²⁷⁰ Ce pan de l'histoire de l'ECT a déjà fait l'objet de plusieurs travaux (Braslow, 1997; Sadowsky, 2016; Shorter & Healy, 2007).

²⁷¹ (Winslade et al., 1984)

²⁷² Jonathan Sadowsky fait notamment une histoire des récits autobiographiques de patients qui ont reçu des ECT (Sadowsky, 2016)

1.2 S'engager dans une promotion modérée de l'ECT

Face aux restrictions légales de son utilisation, et pour éviter leur extension, certains psychiatres prennent en compte les risques de la technique et entreprennent de les circonscrire. D'une part, moyennant des enquêtes visant à quantifier l'ampleur du problème, ils produisent une série de recommandations professionnelles. Celles-ci peuvent être lues comme une tentative de reprendre la main sur la régulation de son usage. D'autre part, les transformations censées en réduire les risques sont progressivement intégrées aux recommandations et aux pratiques.

1.2.1 Encadrer la technique par des recommandations professionnelles

En 1971, en réaction aux restrictions d'utilisation de l'ECT, le délégué à la santé mentale du Massachusetts sollicite la rédaction d'un rapport sur l'ECT dans le but de produire des recommandations nationales. C'est le psychiatre Fred H. Frankel qui est chargé de mener une enquête par questionnaire auprès de ses confrères de l'état fédéral pour recenser leurs pratiques de l'ECT. Celui-ci a une formation psychanalytique et il est alors professeur au département de psychiatrie du *Beth Israël Hospital*. S'il n'est pas opposé à l'ECT, il émet des réserves concernant l'usage qui en est fait. Sur les 650 questionnaires envoyés, il en reçoit 66 et publie les résultats de son étude en 1973²⁷³. Celle-ci révèle que dans certains hôpitaux, près de 100 séances d'ECT peuvent être réalisées pour un seul patient. L'auteur donne quelques recommandations : réserver le traitement aux dépressions sévères et éviter d'y recourir pour les cas de névrose, de trouble de la personnalité ou de schizophrénie. Il préconise également de recueillir le consentement des malades avant de mener une cure et de les pratiquer sous anesthésie générale. Après ce premier rapport, l'état du Massachusetts prend un ensemble de mesures : les hôpitaux doivent signaler le nombre d'ECT qu'ils réalisent, limités à 35 par an et obtenir l'accord des patients. Au cours des années 1970, d'autres états leur emboîtent le pas.

En 1974, des psychiatres de l'association américaine de psychiatrie (APA) demandent une *Task force* sur l'ECT, c'est-à-dire une réunion d'experts. Ce sont les psychiatres Fred Frankel et Max Fink qui sont invités à la diriger. Contrairement au premier, Max Fink est un fervent défenseur de la technique. Il organise la même année un symposium sur les mécanismes d'action de l'ECT au cours duquel il tient une posture de promotion radicale. Pour mener cette

²⁷³ (Frankel, 1973)

Task force, ces psychiatres envoient de nouveau des questionnaires aux psychiatres de l'APA, dans tout le pays cette fois-ci. Les membres du groupe fixent pour objectif à cette *Task Force* de « permettre sous deux ans d'assurer la liaison avec la commission de l'action judiciaire et d'inclure dans son étude l'examen des questions législatives, du consentement, des indications pour son utilisation »²⁷⁴. Le rapport paraît en 1978²⁷⁵ et se donne pour ambition de déterminer des protocoles qui tiennent compte de l'éclectisme des psychiatres américains. Il incarne la position que j'ai appelée de promotion modérée. Le document s'ouvre par ces quelques phrases :

« Ce rapport sur l'électro-convulsivothérapie contient peu de solutions simples. Nous serions heureux qu'il puisse aider à conduire à une perspective rationnelle. Un examen de la littérature scientifique depuis le début des années 1940 montre la réception mitigée qu'a eue l'ECT depuis son introduction en 1938. Les attitudes à son égard révèlent des luttes entre des conceptions philosophiques rivales de la maladie mentale et émotionnelle : les approches psychologiques, biologiques et sociales. Nous pensons que ce qui suit dans ce rapport affirme que le dernier mot doit encore être écrit à propos de l'étiologie et du traitement de la maladie mentale. Ceux qui s'y opposent nous ont égarés par le passé en exagérant sur un seul point de vue, et ils le referont encore probablement »²⁷⁶.

Le rapport décrit la procédure et ses variantes « acceptables » : réaliser un bilan thérapeutique systématique, mener les séances sous anesthésie générale, préoxygéner les patients avant le choc, protéger leurs dents, suivre les modifications des paramètres vitaux et de l'enregistrement EEG, et ne plus utiliser le courant alternatif, mais « bref pulsé ». La technique ne peut plus être pratiquée en cabinet et doit obligatoirement l'être en milieu hospitalier. Ils indiquent également comment adapter la charge à chaque séance et comment placer les électrodes. La crise doit durer entre 25 et 60 secondes : en dessous, elle risque de ne pas être efficace, au-dessus, plus d'effets indésirables cognitifs sont à redouter. Les séances

²⁷⁴ "with tenure of about two years, to have liaison with the Commission on Judicial Action and to include in its study consideration of legislative issues, consent, indications for its use"

²⁷⁵ (American Psychiatric Association, 1978)

²⁷⁶ This report on Electroconvulsive Therapy contains few simple solutions. We will be pleased if it helps to lead to a rational perspective. An examination of the published literature since the early 1940s reveals the mixed reception accorded ECT since its introduction in 1938. Attitudes surrounding it capture the essence of the struggle between the rival philosophical approaches to emotional and mental illness, namely the psychological, the biological, and the social. We believe that what follows in this report affirms that the last word has yet to be written on the etiology and treatment of psychiatric illness, as well as on the most useful role for government and the courts in attempting to prevent or manage it. Those who disagree have misled us in the past by exaggerating a single viewpoint; they will no doubt attempt to do so again.

doivent être menées entre deux et trois fois par semaine et peuvent être poursuivies après la cure. Par ailleurs, les patients doivent signer un document attestant qu'ils ont été informés et qu'ils donnent leur consentement. En conclusion, ils affirment que du fait de ces mesures de réduction des risques, l'ECT est radicalement différente de l'électrochoc des années 1930. Ils recommandent d'utiliser les termes « thérapie convulsive » et « ECT » plutôt que « thérapie de choc » et « choquer », qui ont pour effet d'effrayer les malades.

Après la *Task force* de 1978, l'APA maintient une *Task force* sur le développement de la sécurité et de la performance des machines à ECT. Max Fink, quant à lui, se dit mécontent du résultat du rapport. Il publie en 1979 son propre manuel, *Convulsive therapy : theory and practice* qui adopte une position de promotion plus radicale²⁷⁷. En parallèle, il mène plusieurs études sur le placement des électrodes et il est le fondateur en 1985 de la revue *Convulsive Therapy*. En 1985, dans le prolongement de la *Task Force* de l'APA, le NIH convie un ensemble d'acteurs à une conférence de consensus, dans le but de produire des recommandations²⁷⁸. L'APA en émet également en 1990²⁷⁹.

En France, il faut attendre le décret de décembre 1994 qui fixe les conditions techniques de réalisation des anesthésies. Il détaille les paramètres vitaux qui doivent être monitorés et précise qu'elles doivent avoir lieu dans une « salle de surveillance post-interventionnelle ». L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) émet des recommandations de bonne pratique en avril 1997²⁸⁰. Celles-ci reprennent à peu près les mêmes éléments qu'aux États-Unis et en particulier l'obligation de mener les séances d'ECT sous anesthésie générale. En Italie, après une diminution importante du nombre d'ECT, en 2006, un groupe de psychiatres fonde l'association italienne pour l'électro convulsivothérapie afin de permettre son utilisation. Le nombre d'ECT y reste très faible. Aujourd'hui, l'ECT demeure interdite dans certains pays comme la Slovénie ou certains cantons suisses.

1.2.2 Intégrer les adaptations de la technique aux recommandations

Les recommandations de l'APA et du NIH rendent obligatoires une série de mesures visant à réduire les risques associés à l'ECT. Celui concernant les fractures est unanimement admis et bien maîtrisé par l'usage des curares pour l'anesthésie. Au contraire, les effets sur la

²⁷⁷ (Fink, 1979)

²⁷⁸ (National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, 1985)

²⁷⁹ (American Psychiatric Association, 1990)

²⁸⁰ (ANAES, 1997)

mémoire restent sujets à controverse. Malgré tout, le recours au courant bref pulsé se généralise et la stimulation unilatérale devient une alternative largement reconnue.

En 1980, le *British Journal of Psychiatry* publie un numéro thématique sur la question des pertes de mémoire²⁸¹. À partir d'entretiens et de batteries de tests neurocognitifs, les auteurs affirment qu'après une cure d'ECT, les patients continuent tous à présenter des troubles subjectifs de la mémoire. Ils montrent également que 30 % des malades ne retrouveront jamais leur mémoire sur le long terme. Richard Weiner, en 1984, répond dans un article de grande ampleur qu'il appelle « *Does electroconvulsive therapy cause brain damage ?* »²⁸². Il mobilise des données de neuropsychologie, d'imagerie, d'électrophysiologie, de biochimie et d'anatomopathologie. Il affirme que l'ECT ne provoque pas de dommages cérébraux, comme cela a été souligné par les détracteurs de la technique. Il dit avec précaution « Il n'en reste pas moins qu'il est possible que des déficits persistants subtils, objectivement indétectables, en particulier dans le domaine de la mémoire autobiographique, se produisent, ou qu'un syndrome rare de déficits persistants plus généralisés liés à l'utilisation de l'ECT soit présent »²⁸³. Ces marques de prudence sont critiquées par les promoteurs plus radicaux, comme Max Fink, qui accusent Richard Weiner de laisser sous-entendre que l'ECT puisse causer, en fait, des dommages cérébraux invisibles. La controverse n'est pas close, et en 2020, une équipe de psychiatres suédois publie une nouvelle étude sur la mémoire à long terme après une cure d'ECT²⁸⁴. Ils concluent que dans la plupart des cas, les patients attribuent des problèmes de mémoire préexistants à l'ECT à la technique et avertissent les médecins que les attentes négatives des malades peuvent altérer leur mémoire au long cours.

En dépit d'études menées dans les années 1960²⁸⁵, l'usage du courant bref pulsé reste minoritaire jusque dans les années 1980. Dans la Task Force de 1978, les auteurs indiquent que ce type de courant n'est utilisé que par 4 % des psychiatres répondants²⁸⁶. À partir du milieu des années 1980, de nouvelles recherches montrent qu'il produit moins d'effets indésirables cognitifs que le courant sinusoïdal avec une efficacité sur la dépression similaire²⁸⁷. Son usage

²⁸¹ (C. Freeman et al., 1980; C. Freeman & Kendell, 1980; Weeks et al., 1980)

²⁸² (R. D. Weiner, 1984)

²⁸³ « Still, there remains the possibility that either subtle, objectively undetectable persistent deficits, particularly in the area of autobiographic memory function, occur, or that a rarely occurring syndrome of more pervasive persistent deficits related to ECT use may be present »

²⁸⁴ (Sigström et al., 2020)

²⁸⁵ (Valentine et al., 1968)

²⁸⁶ (American Psychiatric Association, 1978)

²⁸⁷ (Squire & Zouzounis, 1986; R. Weiner et al., 1984)

est recommandé par les professionnels consultés dans la conférence de consensus du NIH de 1985²⁸⁸, de même que dans les ouvrages académiques.

La technique de stimulation unilatérale est utilisée à partir des années 1970. La méthode bilatérale reste cependant la référence. La *Task Force* de 1978 indique que 75 % des psychiatres emploient seulement cette dernière. L'usage de la technique reste débattu entre psychiatres. Entre les années 1990 et 2000, le psychologue américain Harold Sackeim montre que l'ECT unilatérale ne peut être efficace qu'à des doses électriques au moins trois fois supérieures à celles délivrées en bilatéral²⁸⁹. La détermination de ce paramètre lui permet de prouver que la stimulation unilatérale est équivalente à la stimulation bilatérale et qu'elle induit moins d'effets indésirables. Depuis les années 1990, la stimulation unilatérale fait partie des adaptations recommandées en cas de troubles cognitifs importants entre les séances et après les cures.

1.3 Lutter contre le déclin de l'ECT. La riposte des promoteurs radicaux

Dans les années 1970, un groupe de psychiatres prennent position en faveur de l'ECT de façon plus radicale que les précédents. Ils développent une rhétorique que je nomme mythe du déclin de l'ECT. Ces publications appellent la communauté des psychiatres à mener plus d'essais cliniques pour établir les bénéfices de l'ECT et à s'organiser pour rendre la technique plus disponible. Cela débouche sur deux ensembles de travaux. Le premier est consacré à la démonstration de son efficacité sur les dépressions résistant aux traitements. Le second vise à découvrir ses mécanismes physiologiques et ainsi lui donner une légitimité scientifique.

1.3.1 Le mythe du déclin de l'ECT

Des années 1970 à aujourd'hui, des psychiatres que j'ai qualifiés de promoteurs radicaux ont érigé le déclin de la pratique de l'ECT en problème public. Ils avancent que les médicaments psychotropes restent sans effets sur le « cœur des patients résistants qui ne répondent pas aux traitements »²⁹⁰. Ils affirment la grande efficacité de l'ECT sur les dépressions résistantes en mobilisant des essais cliniques. Ils tiennent pour responsables une orientation psychanalytique jugée excessive chez les psychiatres américains ainsi que l'absence d'enseignement de la technique dans les facultés de médecine. Les fautifs désignés sont les

²⁸⁸ (National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, 1985).

²⁸⁹ (Sackeim et al., 1991, 1993, 2000)

²⁹⁰ (Turek, 1973)

psychiatres détracteurs et ses promoteurs modérés, au premier rang desquels, les institutions chargées de réguler son usage. Critiquant les recommandations du NIH qu'il considère trop restrictives, un psychiatre canadien dit que « c'est un danger que cette procédure, qui continue à être controversée, soit sous-utilisée, alors que c'est la plus efficace »²⁹¹. Les promoteurs radicaux dénoncent également des préjugés propagés par les médias et des « groupes de défense des libertés civiles qui se battent pour le droit des malades mentaux de refuser tout traitement »²⁹². Ils attribuent ces préjugés à la « fausse croyance » selon laquelle l'ECT induirait des lésions cérébrales.

Dans les années 1980, le constat du déclin de l'ECT est nuancé par deux études statistiques sur dossiers médicaux recensant les pratiques effectives. Si ces études corroborent l'hypothèse d'un moindre recours à la technique, elles n'en tirent pas les conclusions alarmistes des publications précédentes. Tout en se montrant prudents, ces auteurs attribuent le phénomène au fait qu'elle requiert des équipements coûteux, et qu'elle mobilise un nombre important de membres du personnel. De plus, ils concèdent que les politiques de régulations ainsi que la possibilité de prescrire des médicaments à la place ont pu contribuer à la réduction de son utilisation. Ainsi, en 1983, Haroutun Babigian et Laurence Guttmacher, psychiatres de l'université de Rochester aux États-Unis, fournissent des statistiques des patients traités par ECT au comté de Monroe en Floride, de 1961 à 1975²⁹³. Leurs données leur permettent d'affirmer que l'incidence d'une première cure d'ECT a diminué au cours de la période, mais que la prévalence des admissions pour ECT n'a réellement chuté que pour les jeunes femmes.

À l'issue de ces travaux, la division de biométrie du NIMH mène une enquête à l'échelle nationale. Les résultats sont présentés à la conférence de consensus de 1985 et publiés en 1987²⁹⁴. Les auteurs pointent des divergences entre le rapport de la *Task Force on ECT* de 1978 et leurs chiffres. Ils retrouvent beaucoup moins de patients traités par ECT en 1975 que ce qu'estimait celui-ci et ils relativisent le déclin de l'usage de la technique. L'ECT ne disparaît pas, elle est simplement utilisée dans moins de centres et pour des profils de malades plus restreints.

²⁹¹ (Persad, 1990)

²⁹² Lothar Kalinowski dans (Kaplan & Sadock, 1975)

²⁹³ (Babigian & Guttmacher, 1984)

²⁹⁴ (Thompson & Blaine, 1987)

1.3.2 Prouver l'efficacité de l'ECT sur les dépressions résistantes

Pour argumenter la place centrale de l'ECT dans l'arsenal thérapeutique, ces promoteurs radicaux entreprennent de montrer que la technique est la plus efficace, notamment dans les cas de dépression résistante. À partir de la fin des années 1970, des essais cliniques sont menés sur de tels patients. Initialement, ce groupe est défini de façon floue. Ainsi, en 1978, le psychiatre britannique Jonathan R. Davidson, par ailleurs impliqué dans l'opérationnalisation de la TRD²⁹⁵, compare l'ECT à un médicament pour traiter des « dépressions réfractaires »²⁹⁶. Il ne définit pas la notion, mais il affirme que l'ECT est plus efficace qu'une association de deux traitements. Il suggère de réaliser les cures d'ECT après plusieurs essais de médicaments.

Ce n'est qu'à la fin des années 1980 que les définitions standardisées de la dépression résistante sont intégrées à ces études pour les rendre plus robustes. En 1990, par exemple, Joan Prudic et Harold Sackeim montrent pour la première fois que le caractère résistant d'une dépression ne diminue pas la probabilité de l'issue favorable d'une cure d'ECT²⁹⁷. Ils mènent un essai dans lequel ils utilisent une définition standardisée de la TRD. Ceci leur permet d'affirmer que l'ECT a un mode d'action différent des médicaments.

1.3.3 Décrire le mécanisme d'action de l'ECT

En effet, ces publications sont complétées par un autre ensemble de travaux qui émet des hypothèses sur la physiologie de l'efficacité de la technique. Il tend à montrer que l'ECT fonctionne par des voies biologiques différentes des médicaments et défend sa place parmi les traitements en psychiatrie. Alors que dans les années 1960, Lothar Kalinowsky reprenait la théorie de Jean Delay concernant son effet sur le diencephale²⁹⁸, entre 1975 et 1980, son style change. Dans les deuxièmes et troisièmes éditions du manuel de Kaplan et Sadock, des références à la littérature biomédicale viennent densifier son écriture. L'explication du mécanisme d'action devient un argument supplémentaire pour défendre la technique. Il réfute ainsi des modes de compréhension qu'il prête à des psychiatres psychanalystes et aux courants de pensée « antipsychiatriques ». Ceux-ci postulent que les patients se sentent coupables d'avoir

²⁹⁵ (Davidson, 1974)

²⁹⁶ (Davidson et al., 1978)

²⁹⁷ (Prudic et al., 1990)

²⁹⁸ Il ajoute modestement « nous traitons avec beaucoup de succès des affections de cause inconnue avec des traitements dont le mode d'action est inégalement inconnu » « *we are very successfully treating conditions of unknown cause with treatments of an unequally unknown mode of action* ».

fait quelque chose de mal et qu'ils ont la satisfaction d'être punis. Ils font également l'hypothèse que les pertes de mémoire leur font oublier les souvenirs traumatiques ou qu'elle entraîne des lésions du cerveau irréversibles. Il y oppose des explications qu'il qualifie de neurophysiologiques : il attribue les améliorations à des changements dans les fonctions cérébrales et à des modifications biochimiques. Il reste cependant flou quant à la caractérisation de ces processus.

À partir des années 1980, les psychiatres promoteurs de l'ECT accordent une grande importance à la présentation de son mécanisme d'action. C'est que les recherches en la matière sont nombreuses et elles donnent à l'ECT l'apparence d'un traitement biomédical moderne : à l'instar des médicaments psychotropes, il est possible d'en décrire les effets sur les principaux systèmes neuronaux. Ainsi, deux ensembles de publications tentent d'élucider ce mécanisme. Dans le premier, les auteurs postulent que c'est la production d'une crise convulsive, puis le retour à la normale qui est efficace. Elle induirait un «état d'hypermétabolisme puis d'hypométabolisme généralisé avec diminution du débit sanguin et de la consommation de glucose. [Cela conduit] à une altération de la barrière hématoencéphalique au cours de la crise permettant la diffusion de substances anticonvulsivantes dans le cerveau »²⁹⁹. Dans le second ensemble de publications, les auteurs décrivent les effets du traitement à l'échelle moléculaire et neuronale. Dans les années 1980, par exemple, on étudie l'action de l'ECT sur la sensibilité des principaux récepteurs synaptiques³⁰⁰. Dans les années 1990, d'autres voies de neurotransmissions modifiées par les séances d'ECT sont évoquées : les récepteurs à la dopamine, aux opiacés et NMDA. En outre, des recherches montrent que les crises stimulent la plasticité cérébrale par sécrétion de facteurs de croissance.

Ce qui différencie l'électrochoc des années 1940 de l'ECT du dernier tiers du XXe siècle, c'est la façon dont sont compris et gérés leurs risques. Cette prise en compte émerge de l'interaction entre des psychiatres plus ou moins radicaux dans leurs positions, mais aussi du NIH et de l'APA. En faisant reconnaître l'efficacité de la technique dans les cas de résistance, ces acteurs ont contribué à la défendre.

²⁹⁹ (Kaplan & Sadock, 1985)

³⁰⁰ Richard Weiner décrit une augmentation de la production de la Noradrénaline, une modulation de la sensibilité des récepteurs bêta à la Noradrénaline pré et post synaptiques, comme les antidépresseurs ; une down-régulation des récepteurs à la sérotonine, ce qui entre en contradiction avec la théorie de l'action des antidépresseurs ; une up-régulation des récepteur GABA (ibid.)

Contrepoint : « *Repetitive transcranial magnetic stimulation in non-treatment-resistant depression* ». Donner une place à la rTMS en dehors de la résistance.

La stimulation magnétique transcrânienne (*Transcranial Magnetic Stimulation* ou TMS) a connu une histoire à rebours de celle de l'ECT. La technique consiste à exciter le cortex cérébral à travers le crâne en apposant une bobine générant un champ magnétique. À la fin des années 1970, elle est élaborée pour effectuer des recherches sur la conduction nerveuse. Au début des années 1990, elle subit un ensemble de modifications : le champ magnétique est répété par salves. Elle est baptisée TMS répétitive (rTMS) et permet d'obtenir des effets neurologiques plus soutenus sur la réduction des crises convulsives chez des patients épileptiques³⁰¹. Les premiers essais sur les dépressions sont menés avec succès au milieu des années 1990³⁰². Elle est approuvée par la FDA en 2008 pour le traitement des épisodes dépressifs. Parallèlement, à la fin des années 1990, des essais cliniques ont tenté de montrer son efficacité pour soigner des dépressions résistantes. L'ambition affichée des auteurs est de trouver une alternative « subconvulsive » à l'ECT, induisant moins d'effets secondaires³⁰³. Cependant, les résultats de ces essais sont restés contradictoires.

En 2019, trois chercheurs en neurosciences allemands et anglais signent un article au nom intrigant « *Repetitive transcranial magnetic stimulation in non-treatment-resistant depression* »³⁰⁴. Ils pointent que la rTMS est sous-utilisée parce qu'elle a été considérée, à tort, comme un traitement des dépressions résistantes. Ils plaident pour son usage au début des séquences thérapeutiques, étant peu invasif et peu coûteux. Contrairement à l'ECT, la réhabilitation de la technique est passée par sa requalification en traitement de premier recours.

2. « Il fallait faire en sorte que ce traitement ne soit pas abandonné ». **Sauver les IMAO de la décommercialisation.**

Durant mes études de médecine, un chapitre du manuel universitaire de psychiatrie m'avait semblé particulièrement ardu à retenir : celui traitant des antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine oxydase, aussi appelés IMAO. Je n'arrivais pas à mémoriser la longue liste des effets indésirables ainsi que les aliments que les patients devaient proscrire lorsqu'ils prenaient

³⁰¹ (Pascual-Leone et al., 1991)

³⁰² (Kolbinger et al., 1995)

³⁰³ (Loo et al., 1999)

³⁰⁴ (Kiebs et al., 2019)

ces médicaments. L'avertissement au début du chapitre, « leurs nombreuses contre-indications rendent leur usage difficile en première intention », m'avait fait renoncer définitivement à tenter de les apprendre. Je n'ai jamais regretté cette impasse puisqu'en quatre ans d'internat de psychiatrie, je n'ai rencontré qu'une malade traitée par IMAO. Celle-ci avait été soignée avec succès par iproniazide après plusieurs essais médicamenteux infructueux et une cure d'ECT peu concluante. Cependant, quelques années auparavant, il avait été retiré du marché, et depuis son arrêt, l'état de la patiente s'était dégradé de façon durable. Comment une molécule aussi efficace sur les dépressions résistantes pouvait-elle être dé commercialisée ?

Depuis les années 1970, c'est précisément par cette interrogation teintée d'indignation que des psychiatres se sont mobilisés contre la disparition des IMAO. En effet, dès leur découverte à la fin des années 1950, des effets indésirables graves ont été rapportés : des hépatites aiguës et de mystérieux cas de pics d'hypertension parfois mortels. Lorsque, dans les années 1960, des essais cliniques de grande ampleur ont déclaré que ces médicaments étaient moins efficaces qu'un placebo, les médecins se sont montrés de plus en plus réticents à les prescrire. Cependant, à partir des années 1970, des psychiatres nord-américains pointent le problème du déclin de leur usage. Ils arguent que les IMAO sont particulièrement utiles dans certaines situations de dépression et en particulier celles de résistance au traitement. On peut les qualifier de promoteurs radicaux puisqu'ils ont tendance à minimiser les risques, et accusent les agences de régulation du médicament d'avoir imposé des restrictions trop sévères. En France, jusqu'en 2011, l'iproniazide est le principal IMAO utilisé alors que dans d'autres pays, il n'est plus utilisé depuis les années 1970. Sa faible prescription en fait une molécule peu rentable et conduit la firme qui le commercialise à le retirer du marché, privant les patients de ce traitement de dernier recours. D'autres IMAO sont mis à disposition des prescripteurs, mais avec un régime de distribution contraignant, l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

2.1 Faire des IMAO, des traitements inefficaces et dangereux

L'isoniazide est la première molécule de cette classe d'antidépresseurs³⁰⁵. Elle regroupe des médicaments ayant en commun d'inhiber une enzyme impliquée dans la dégradation de certains neurotransmetteurs, la monoamine oxydase (MAO). Peu après leur invention à la fin des années 1950, ils sont supplantés par les antidépresseurs tricycliques. Ce mouvement fait suite à la reconnaissance d'un ensemble de risques associés à la prescription des IMAO.

³⁰⁵ (Healy, 1997)

La description du fonctionnement de la MAO est antérieure à la découverte des IMAO³⁰⁶. Dans les années 1930, deux groupes de physiologistes de Cambridge et de Cardiff, au Royaume-Uni, travaillent sur les processus biochimiques conduisant à l'élimination de l'adrénaline. En 1937, ces deux groupes identifient à peu près au même moment une enzyme qui dégrade l'adrénaline, la noradrénaline, la dopamine et la sérotonine. L'enzyme est baptisée l'année suivante Monoamine Oxydase (MAO). Indépendamment, en 1951, deux composés sont synthétisés à partir de l'hydrazine, un produit utilisé dans des domaines aussi variés que l'armement ou la teinture : l'isoniazide et l'iproniazide. Ces deux molécules sont testées puis commercialisées pour traiter des patients atteints de tuberculose. Dès les premiers mois de leur usage, des médecins américains signalent des effets plus ou moins indésirables qui n'avaient pas été anticipés : certains sont plus joyeux, reprennent du poids, d'autres encore deviennent confus et délirent. En 1952, le physiologiste à l'origine du nom de la MAO identifie que l'iproniazide inhibe cette enzyme³⁰⁷. Il postule que les modifications psychiques sont liées à une augmentation des taux de monoamines dans le cerveau. La molécule fait l'objet de nombreuses d'études cliniques. Dans un article paru en 1956, un psychiatre américain identifie, par exemple, qu'à plus faibles doses elle n'entraîne pas de confusion ni de réactions psychotiques, mais qu'elle a une action stimulante et tranquillisante.

Les principaux travaux sur l'iproniazide ont cependant été conduits par le psychiatre Nathan Kline au département de recherche du *Rockland State Hospital* de New York. Avec les membres de son équipe, il montre que le traitement peut influencer l'évolution de patients ayant des symptômes assez légers de retrait et de dépression chez des schizophrènes. Nathan Kline présente ces résultats publiquement en avril 1957. Pour ses publications sur l'iproniazide, il reçoit en 1964 le prix Lasker³⁰⁸. Le médicament est commercialisé sous le nom de Marsilid en 1958. D'autres molécules sont identifiées comme ayant la propriété d'inhiber l'activité de la MAO. La plupart de ces molécules, à l'instar de la phénelzine, ou de l'isocarboxazid sont également dérivées de l'hydrazine, à l'exception de la tranylcypromine. Cette dernière a d'abord été synthétisée en 1948 pour sa proximité structurelle avec les amphétamines. Son activité IMAO n'a été spécifiée qu'en 1959. Le médicament est mis sur le marché l'année suivante sous le nom de Parnate. Alors que ces molécules sont initialement prescrites à des

³⁰⁶ (Healy, 1997)

³⁰⁷ Il identifie également que l'isoniazide n'a pas d'activité IMAO. Cet antibiotique est toujours commercialisé sous le nom commercial de Rimifon en France pour le traitement de la tuberculose.

³⁰⁸ Prix scientifique international qui récompense des personnalités de la recherche médicale clinique et fondamentale. Nathan Kline avait déjà reçu le prix Lasker aux côtés de Pierre Deniker, Robert Noce, Heinz Lehman et Henri Laborit pour la description des effets de la Chlorpromazine dans la schizophrénie.

patients schizophrènes, elles sont progressivement utilisées pour soigner des dépressions, catégorie de plus en plus mobilisée.

Certains risques associés à la prise d'iproniazide sont cependant rapidement rapportés par les médecins menant les premiers essais cliniques. En 1958, sur les 400 000 patients traités, 127 cas d'hépatite sont signalés. Le médicament est retiré du marché états-unien en 1961. De plus, entre 1961 et 1963, six hémorragies cérébrales mortelles sont décrites chez des patients traités par tranlycypromine. Un psychiatre du *Maudsley Hospital* à Londres suspecte que ces saignements soient consécutifs à des crises hypertensives secondaires à l'ingestion de fromage. En 1963, il publie un article sur un phénomène qu'il baptise le « *cheese effect* » dans le journal britannique le *Lancet*. De plus amples recherches montrent que ces accès sont liés à la consommation d'aliments riches en tyramine ou à l'interaction des IMAO avec d'autres médicaments, en particulier les antidépresseurs tricycliques et certains anesthésiants. La tranlycypromine est temporairement retirée du marché américain en 1964 puis remise en vente avec des indications sur la nécessité d'appliquer un régime alimentaire pauvre en tyramine ainsi que sur les interactions médicamenteuses à éviter.

Dès la fin des années 1950, des essais cliniques soulignent également la faible efficacité des IMAO³⁰⁹. À plus grande échelle, l'étude britannique du *Medical Research Council* de 1965, que j'ai exposée dans le chapitre précédent, montre que la phénelzine fonctionne moins bien qu'un placebo. Réputés plus risqués et moins efficaces que d'autres antidépresseurs, les IMAO sont peu à peu délaissés et les tricycliques deviennent la référence.

L'industrie pharmaceutique a mené des recherches pour développer des IMAO qui ne présentent pas les mêmes risques. En 1968, un psychopharmacologue britannique met en évidence la présence de deux sous-types de la MAO : la MAO-A et la MAO-B. Des médicaments sélectifs de ces deux sous-types sont synthétisés et commercialisés. Les chercheurs montrent que l'effet antidépresseur est plus important lorsque le composé inhibe la MAO-A. De plus, ils avancent que le « *cheese effect* » est lié à l'inhibition irréversible de la MAO et entreprennent de créer des inhibiteurs réversibles de la MAO-A. Deux molécules sont inventées en même temps par deux laboratoires, Ciba et Roche. Finalement, en 1992 aux États-Unis, après une quinzaine d'années de développement, Roche commercialise le moclobémide³¹⁰, un inhibiteur réversible et sélectif de la MAO-A.

³⁰⁹ (Cole et al., 1959)

³¹⁰ En France son nom commercial est Moclamine

2.2 Organiser la démonstration de l'efficacité des IMAO dans les dépressions résistantes

Dès la fin des années 1960, des psychiatres universitaires appellent à ne pas abandonner l'usage des IMAO pour traiter les dépressions résistantes. Cela survient quelques années après leur relative éviction, si tant est qu'ils n'aient jamais été très prescrits. Ces médicaments acquièrent progressivement la réputation d'être parmi les plus efficaces de l'arsenal thérapeutique psychiatrique. Les articles scientifiques décrivent leur utilisation de deux manières différentes : soit en précisant comment ils peuvent être associés à d'autres molécules, soit en indiquant leur place dans des séquences thérapeutiques. Avec ces publications, les psychiatres prennent position en faveur des IMAO. Cette opération de réhabilitation passe par une minimisation, ou une relativisation, des risques auxquels les IMAO exposent les patients.

Dès la fin des années 1960, des auteurs avertissent du danger de voir les IMAO disparaître de l'arsenal thérapeutique, faute de prescriptions. Dans le même temps, ils tentent de montrer que cette classe est particulièrement efficace dans les dépressions chroniques, catégorie dont ils contribuent à faire reconnaître l'importance. Ils conseillent des associations de médicaments comprenant des IMAO, alors que ces associations sont réputées être risquées. Ils justifient ces recommandations sur la base de leur expérience, sans fournir de données chiffrées issues d'essais cliniques. Ainsi, en mai 1967, au cours d'une communication pour le 123^e congrès annuel de l'APA, un psychiatre décrit de bons résultats sur les dépressions résistantes lorsqu'il combine un IMAO à un antidépresseur tricyclique³¹¹. Dans le sillage de cette communication, d'autres auteurs pointent l'intérêt de prescrire ces deux classes ensemble³¹². D'autres conseillent de réaliser une cure d'ECT en premier, afin « d'assouplir le système nerveux central » et de le rendre plus sensible aux médicaments³¹³.

À la fin des années 1970, la réhabilitation des IMAO ne s'appuie plus sur l'expérience d'une poignée de cliniciens, mais sur la mise sur pied de vastes revues de la littérature et d'essais thérapeutiques. Ainsi, en 1978, des psychiatres de l'hôpital Bellevue de New York défendent que les risques associés aux IMAO aient été surévalués³¹⁴. Pour eux, la communauté médicale et les agences de régulation des médicaments ont mis un terme à leur usage de façon trop précipitée. L'année suivante, l'équipe réunie autour de Frederic Quitkin, du *Hillside Hospital* de New York, affirme qu'il serait inutile de comparer l'efficacité des IMAO et des tricycliques,

³¹¹ (Horwitz, 1968)

³¹² (Davidson, 1974; Kelly, 1974; Rickels, 1971)

³¹³ (Davidson, 1974)

³¹⁴ (Shopsin, 1978)

car ce sont des traitements qui agissent sur des types de dépressions différents³¹⁵. Les premiers fonctionnent sur ce qu'ils appellent les « *atypical-neurotic depressions* » quand les secondes produisent de meilleurs résultats sur les dépressions dites endogènes. Ils concluent en affirmant que les IMAO ont été sous-utilisés et que le regain d'intérêt pour ces traitements arrive à point nommé³¹⁶. Le psychiatre danois Jens Knud Larsen reprend mot pour mot cette dernière observation et montre les avantages des IMAO pour certains groupes de patients en réalisant un essai clinique de grande envergure³¹⁷. Au Danemark, seul l'isocarboxazide est commercialisé dans cette classe. Il pointe que dans les études menées jusqu'alors, les effets des traitements ne sont pas évalués sur suffisamment de temps. Avec un suivi prospectif de deux ans, il prouve que les patients traités par isocarboxazide font moins d'épisodes dépressifs et qu'ils présentent des périodes de dépression moins longues. Selon lui, il s'agit d'un indice fort faisant des IMAO un traitement des dépressions résistantes³¹⁸.

Parallèlement, d'autres auteurs ont tenté de situer la place des IMAO dans des séquences de traitement. Ils en proposent plusieurs et les IMAO sont souvent placés en dernier recours. Ainsi, dès les années 1970, les IMAO sont considérés, aux côtés de l'ECT, comme les traitements les plus efficaces de la pharmacopée psychiatrique. À partir des années 1990, dans la plupart des *staging methods* que j'ai présenté dans le chapitre précédent, les IMAO apparaissent dans les stades ultimes.

2.3 Les IMAO en France : maintenir la disponibilité du Marsilid

En France, l'iproniazide est testé sur des patients par les psychiatres Jean Delay, Pierre Deniker et Jean-François Buisson dès 1952³¹⁹. À partir de leurs travaux, ces psychiatres publient plusieurs articles entre 1958 et 1959, et dans lesquels ils rapportent l'effet « élévateur de l'humeur » du médicament³²⁰. La molécule, commercialisée sous le nom Marsilid, reçoit l'AMM en 1959. Avant l'arrivée des IMAO sélectifs en 1985, c'est le seul de la classe des IMAO dans le pays³²¹. Par ailleurs, le traitement est très peu prescrit par les psychiatres français. Dans un document de janvier 2004 établi par la DREES (Direction de la recherche, des Études,

³¹⁵ (F. Quitkin et al., 1979)

³¹⁶ "A resurgence of interest in the MAO inhibitors is timely"

³¹⁷ (Larsen & Rafaelsen, 1980)

³¹⁸ À noter que cette façon de décrire la résistance se place à l'échelle de la maladie entière et non de l'épisode de maladie

³¹⁹ (Healy, 1997)

³²⁰ (Delay et al., 1959)

³²¹ Aux États-Unis ou en Grande Bretagne, les IMAO commercialisés sont la phénelzine, la tranylcypromine et l'isocarboxazide. La France est le seul pays où le Marsilid est commercialisé à partir des années 1970.

des Évaluations et des Statistiques)³²² sur les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 sur le territoire, il apparaît que jusqu'en 1985, les IMAO représentent moins de 1 % du chiffre d'affaires total. Entre 1986 et 1988, les IMAO atteignent un peu moins de 10 %, principalement assurés par les IMAO sélectifs. Ils passent de nouveau en dessous de 1 %, les IMAO étant éclipsés par l'arrivée des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Le médicament semble surtout avoir été utilisé dans les services de psychiatrie universitaire, le plus souvent après l'échec des tricycliques et d'une cure d'ECT.

À partir des années 1990, l'iproniazide est régulièrement en rupture de stock. En effet, sa faible prescription est responsable de profits insuffisant pour la firme et sa production est souvent suspendue. Dans les années 2000, en réaction à une annonce d'arrêter celle-ci définitivement, un groupe de psychiatres français s'engage pour que la molécule ne soit pas retirée du marché. Pour cela, de la même manière que leurs collègues nord-américains et britanniques, ils relèvent les difficultés qu'entraînerait une telle décommercialisation. Des articles francophones et des communications à des congrès nationaux soulignent ces inconvénients, mais rappellent également ses vertus dans un certain nombre de situations, dont les dépressions résistantes. Le problème est ainsi rendu public pour les psychiatres français, mais aussi pour les agences de régulation du médicament.

Un psychiatre d'un hôpital universitaire, avec qui je me suis entretenu, dit avoir fait « campagne pour relancer les IMAO, il fallait faire en sorte que ce traitement ne soit pas abandonné » (extrait d'entretien). Pour cela, il a rédigé un article, paru en 2004³²³. Avec celui-ci, il expose les données récentes concernant les indications de prescription des IMAO. Reprenant les travaux de Frédéric Quitkin mentionnés plus haut, il liste les avantages des IMAO pour soigner la « dépression multi résistante et notamment en cas d'échec de l'électroconvulsivothérapie ». D'autre part, il juge qu'en France les psychiatres ont surestimé les dangers des IMAO et qu'ils ont imposé un régime alimentaire drastique. Selon lui « si l'on exclut le risque de poussée hypertensive, la tolérance globale des IMAO est assez voisine de celle des antidépresseurs tricycliques avec toutefois moins d'effets anticholinergiques pour les IMAO ». Il tend à faire des IMAO des psychotropes comme les autres, voire mieux tolérés. Il indique dans le détail les aliments qui sont interdits et ceux qui doivent être consommés avec modération, mais aussi les associations de médicaments qui nécessitent d'être vigilant.

Cet article a un certain retentissement chez les psychiatres français. Cette « campagne » a ensuite été reprise par un médecin d'un autre service universitaire : « il a repris ma publication

³²² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er285.pdf>

³²³ Je ne cite pas l'article pour préserver l'anonymat de mon enquête

[de 2004], et lui a vraiment fait campagne pour les IMAO dans des congrès, notamment au cours du congrès français de psychiatrie où il a fait plusieurs communications sur les IMAO » (extrait d'entretien). Il est par ailleurs cité par la commission de la transparence du 17 septembre 2014 de la Haute Autorité de Santé³²⁴. Paraphrasant l'article de 2004, le rapport dit que « le service médical rendu par le Marsilid reste important dans les épisodes dépressifs majeurs après échec de plusieurs antidépresseurs et/ou de l'électro-convulsivothérapie ».

Il s'engage aussi localement à l'échelle de l'hôpital pour y adapter les protocoles. Il rédige ainsi un document dans lequel il précise les modalités de prescription. Un des problèmes qu'il relève, c'est la crainte de ne pouvoir anesthésier des patients traités par IMAO en cas d'intervention chirurgicale en urgence. Dans ces cas-là, certaines drogues ne peuvent être utilisées. Pour y remédier, il entre en contact avec des anesthésistes et établit une liste exhaustive des molécules compatibles avec les IMAO. Il a également fait imprimer des cartes que les patients devaient toujours avoir sur eux, indiquant qu'ils prenaient des IMAO. Le sens global qu'il donne à cette adaptation locale des IMAO est celui d'un combat contre des « rumeurs », des « légendes » sur les IMAO afin de ne pas freiner l'usage d'un traitement qu'il défend.

Cependant, à partir de 2014, le Marsilid est en rupture de stock de façon définitive. Entre 2012 et 2016, une série de documents mis en ligne par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) permet de retracer comment celle-ci a été gérée. On y comprend également le rôle qu'a joué la notion de dépression résistant aux traitements. En décembre 2011, le laboratoire assurant la commercialisation du Marsilid, Genopharm, une filiale de la firme suisse Alkopharm, est suspendu par l'agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS) pour manquements à l'activité de pharmacovigilance³²⁵. Du fait de l'absence d'alternative thérapeutique au Marsilid, l'AFSSAPS met alors en place des mesures visant à faire importer des lots de médicaments de l'étranger. Sa délivrance est encadrée par des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives³²⁶. En France, les médicaments ne bénéficiant pas d'une autorisation de mise sur le Marché (AMM) peuvent faire l'objet d'une ATU³²⁷. Les ATU sont accordées par l'ANSM pour des médicaments soignant

³²⁴ https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13074_MARSILID_Avis1_RI_CT13074.pdf

³²⁵ <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Suspension-des-etablissements-pharmaceutiques-LABORATOIRES-GENOPHARM-Saint-Thibault-des-Vignes-et-ALKOPHARM-Blois-et-devenir-des-medicaments-concernes-Point-d-information-Actualise-le-11-01-2012>

³²⁶ <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/L-antidepresseur-MARSILID-bientot-remis-a-disposition-Point-d-information>

³²⁷ [https://www.ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-temporaires-d-utilisation-ATU/Qu-est-ce-qu-une-autorisation-temporaire-d-utilisation/\(offset\)/1](https://www.ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-temporaires-d-utilisation-ATU/Qu-est-ce-qu-une-autorisation-temporaire-d-utilisation/(offset)/1)

des maladies graves ou rares, lorsque le traitement approprié n'est pas commercialisé ou que sa mise en œuvre ne peut pas être différée. Les ATU sont de deux types : de cohorte ou nominatives. Les premières s'adressent à un groupe de patients traités et surveillés suivant des critères définis dans un protocole de recherche. Dans les ATU de cohorte, le titulaire des droits d'exploitation s'engage à faire la demande d'AMM dans un délai fixé. Au contraire, les ATU nominatives sont destinées à des patients isolés, sous la responsabilité du médecin prescripteur dès lors que le médicament est susceptible de présenter un bénéfice pour ce patient. Celles-ci rendent obligatoire sa prescription par un médecin hospitalier et doivent être renouvelées tous les ans.

C'est la firme britannique Primus Lab Ltd qui assure la distribution de Marsilid en France, en attendant la reprise de production par Alkopharm. Cependant, l'AFSSAPS recommande aux médecins de le changer pour un autre IMAO, qui n'a alors pas l'AMM en France, le Nardil (la phénelzine). En 2012, l'ANSM, agence qui succède l'AFSSAPS, sollicite Pfizer, qui commercialise le Nardil en Europe, pour déposer une demande d'AMM en France afin d'anticiper une rupture de stock définitive du Marsilid. Le Marsilid est de nouveau disponible en 2013. Seulement, en décembre 2014, le laboratoire Primus annonce un arrêt de sa production pour une durée indéterminée³²⁸. L'ANSM restreint la distribution des dernières unités restantes de Marsilid et invite les prescripteurs à ne pas initier de traitement par iproniazide et à le remplacer par du Nardil chez les patients qui le prennent déjà. Les références caractéristiques produit (RCP) sont modifiées en 2016 pour ajouter « après échec de plusieurs antidépresseurs ou de l'électro convulsivothérapie » à l'indication thérapeutique initiale qui mentionnait « épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) ». En 2019, le Parnate (tranylcypromine) est également disponible en ATU nominative.

La suspension de la commercialisation du Marsilid a posé une série de problèmes aux psychiatres français, qui ont tenté de s'adapter de plusieurs manières. En 2012, le Nardil n'est pas encore disponible et les prescriptions de Marsilid doivent être arrêtées brutalement. Les psychiatres et les patients se retrouvent sans autres ressources thérapeutiques, les IMAO étant généralement utilisés en dernier ressort. Par ailleurs, les psychiatres ont dû se familiariser avec de nouveaux traitements, la phénelzine puis la tranylcypromine, qui n'étaient alors pas vendus en France. Ces psychiatres ont notamment dû apprendre à déterminer quels types d'effets pouvaient être attendus avec ces IMAO et à quelles doses. L'usage de la tranylcypromine est récent et le nombre de patients traités reste restreint. Aussi, il leur est difficile de systématiser

³²⁸ <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Rupture-de-stock-a-venir-de-la-specialite-Marsilid-iproniazide-Point-d-Information>

leurs connaissances à son sujet. Enfin, ils ont trouvé des solutions alternatives aux IMAO, en particulier en associant des antidépresseurs ISRS à d'autres molécules. C'est le cas dans les années 2010 avec le recours de plus en plus généralisé du pramipexol, un agoniste dopaminergique, qui est combiné avec des antidépresseurs. Les psychiatres tentent alors de reconstituer les effets des IMAO en « faisant du triaminergique » : les tricycliques sont supposés activer les systèmes sérotoninergiques et noradrénergiques et le pramipexol le système dopaminergique. Mais ces bricolages de molécules ne permettent que de faire « tenir » les patients qui avaient été traités par Marsilid, faute de mieux. En dépit d'innovations pharmacologiques, les IMAO occupent toujours actuellement une place de dernier recours.

« Je pense qu'on a épuisé un peu les nouvelles stratégies pour certains patients. Les nouvelles stratégies qui sont donc le pramipexol, la Ritaline, le Modiodal, les perfusions de kétamine bien sûr. Je pense que toutes ces stratégies thérapeutiques ont mobilisé les cliniciens. Et puis après quelques années on se rend compte qu'il y a quand même des patients résistants et là il n'y a plus que les IMAO presque » (Entretien avec le psychiatre de la « campagne » des IMAO).

Ainsi, les IMAO ont été contestés principalement au sein de la profession. Ce sont des psychiatres, promoteurs radicaux qui ont contribué à maintenir leur usage, même marginal. Comme pour l'ECT, cette défense impliquait de montrer leur grande efficacité, en particulier dans les situations de dépression résistante, mais aussi de relativiser leurs dangers.

3. « C'est la plus grande avancée dans le champ des antidépresseurs depuis les années 1950 ». Faire de la kétamine un succès de la définition opérationnelle de TRD.

Dans les années 2000, plusieurs publications mobilisent des définitions standardisées de la TRD pour montrer l'efficacité de la kétamine. Ces études contribuent à créer un fort engouement pour la molécule en dépit de l'absence de consensus sur la TRD. Synthétisé dans les années 1960, ce composé est d'abord employé en anesthésie, mais rapidement abandonné du fait de manifestations psychiques indésirables. Cependant, dans les années 1980 des neuroscientifiques identifient qu'il agit sur un groupe de neurones particulier, le système « glutamatergique », qui s'avère également être modulé par les antidépresseurs. L'idée émerge qu'il pourrait avoir un effet similaire. Dans les années 2000, après les premiers essais cliniques

concluants de perfusions de kétamine, la technique emporte un franc succès auprès des psychiatres un peu partout dans le monde. On parle alors d'une « révolution thérapeutique ». À partir des années 2010, une firme pharmaceutique entend tirer parti de cette réussite et développe l'eskétamine en spray nasal, un dérivé de la kétamine. Ce spray, plus simple d'utilisation que la voie intraveineuse, rend son usage possible en ambulatoire.

Dans cette section, je voudrais montrer comment la catégorie de TRD et la kétamine ont chacune contribué au succès l'une de l'autre. Les promoteurs de la kétamine puis de l'eskétamine ont présenté cette molécule comme une révolution thérapeutique à plusieurs titres. Tout d'abord, le traitement cible de nouveaux mécanismes neurophysiologiques, laissant un grand espoir de guérir un nombre plus important de patients. De plus, ils ont signalé que le composé ouvrait des perspectives de recherche inédites pour comprendre et soigner les dépressions les plus difficiles à traiter. Ils ont également souligné que la rapidité d'action supposée de la kétamine permettait de résoudre le vieux problème qu'était l'élévation du risque suicidaire pendant les premières semaines d'un antidépresseur. Enfin, avec l'eskétamine, les acteurs de l'industrie pharmaceutique ont donné aux psychiatres les outils pour organiser le traitement de dépressions résistantes en ambulatoire. Inversement, en développant la kétamine puis l'eskétamine, ces acteurs ont contribué à montrer que la catégorie de TRD pouvait aider à agencer les pratiques et conduire à des innovations.

3.1 Un anesthésiant aux effets psychiques embarrassants

Dans les années 1950, des firmes pharmaceutiques cherchent à commercialiser de nouvelles molécules analgésiques³²⁹. En effet, jusqu'alors, les anesthésistes utilisaient des produits intraveineux issus des barbituriques qui entraînaient de profondes dépressions cardio-respiratoires rendant leur emploi risqué et difficilement maniable³³⁰. Depuis le début des années 1950, plusieurs groupes de chimistes italiens et allemands décrivent les effets sédatifs de composés dérivés des arylcyclohexylamines³³¹. En 1956, ces recherches aboutissent à la synthèse de la phencyclidine (PCP)³³² au sein de la compagnie Parke-Davies³³³. La même année, elle est testée sur des animaux³³⁴ et chez l'Homme l'année suivante, à l'hôpital de

³²⁹ Induisant un état caractérisé par l'absence de douleurs

³³⁰ (Lear et al., 1959)

³³¹ (H. Morris & Wallach, 2014)

³³² Je tire ces éléments historiques de divers articles rédigés par des psychiatres (De Maricourt et al., 2014; De Maricourt & Gaillard, 2017; Mion, 2017)

³³³ Phenyl-Cyclohexyl-Piperidine

³³⁴ Pour *Clinical Investigation*

Detroit³³⁵. Les chercheurs décrivent que la molécule induit un état d'analgésie sans dépression cardio-respiratoire, mais également, dans certains cas, une excitation qu'ils nomment « réaction psychotique »³³⁶. Le produit est approuvé par la FDA en 1957 et Parke-Davies présente les caractéristiques de la PCP à la *Federation of American Societies for Experimental Biology*. Cependant, les effets psychiques rendent son usage risqué et elle est interdite en 1965.

En 1962, trois composés dérivés de la PCP sont synthétisés par un autre chimiste de Parke-Davis. Après des tests réalisés sur les animaux³³⁷, un de ces composés est sélectionné, car il induit une anesthésie satisfaisante sur une courte durée. Le CI-581 est bientôt baptisé kétamine. Les essais sur l'Homme sont ensuite menés par Edward Domino, pharmacologue de l'université du Michigan, et par un anesthésiste. Ces premiers essais ont lieu dans une prison du Michigan sur vingt personnes³³⁸. E. Domino décrit, dans un article paru en 2010, les discussions qu'il a alors avec ses collègues pour nommer cet effet. Le terme de « schizophrénomimétique » est écarté pour ne pas compromettre son avenir commercial. « *Dreaming* » est suggéré, mais c'est celui d'état « dissociatif »³³⁹ qui est retenu. La molécule fait l'objet d'un brevet pour un usage vétérinaire en 1963 étendu aux humains en 1966. La FDA (*Food and Drug Administration*) autorise son utilisation à partir de 1970.

La molécule connaît un certain succès aux États-Unis dans les années 1970. En effet, elle induit peu d'effets secondaires en comparaison aux drogues habituelles et est employée comme « anesthésique de terrain », en particulier durant la guerre du Vietnam. Aux États-Unis, en Grande-Bretagne ou en France, les médecins adaptent progressivement leurs usages de la kétamine dans le but de réduire les états dissociatifs et d'agitation. Ils administrent d'autres médicaments en même temps, essentiellement des neuroleptiques ou des anxiolytiques³⁴⁰, ou en diminuent la dose³⁴¹. La molécule fait l'objet d'un fort engouement pendant les années 1970 avec la parution de nombreux articles scientifiques et la tenue de colloques internationaux entiers sur le sujet. Dans le champ de la psychiatrie, elle est utilisée pour provoquer des états de conscience modifiée³⁴². Cette pratique garde cependant un caractère marginal.

³³⁵ Respectivement par les pharmacologues Graham Chen et Edward F. Domino et par le pharmacologue Ferdinand E. Greifenstein

³³⁶ « Psychotic reactions » (Johnstone et al., 1959)

³³⁷ Les tests pré-cliniques furent réalisés sur des singes par les pharmacologues cliniciens Graham Chen, Duncan A. McCarthy et Alex Lane.

³³⁸ Il décrit la procédure et les résultats dans un article en 1965 (Domino et al., 1965)

³³⁹ E. Domino apporte que le terme aurait été proposé par sa femme

³⁴⁰ (Erbguth et al., 1972)

³⁴¹ (Sadove, et al., 1971)

³⁴² (Khorramzadeh & Lofty, 1973)

À la fin des années 1970, ses effets comportementaux, son détournement comme drogue récréative et l'arrivée d'autres produits analgésiques conduisent à une réduction de son usage. En 1997, en France, le traitement est inscrit à la liste des stupéfiants par l'AFSSAPS. Deux ans plus tard, aux États-Unis, la molécule est classée substance du tableau III du *Controlled Substances Act*³⁴³. La kétamine est de nouveau utilisée en anesthésie dans les années 1990 après la mise sur le marché du rémifentanyl, un dérivé morphinique d'action très brève. Son réemploi fait suite à la description d'un phénomène associé à l'usage de ce dernier, l'hyperalgésie induite par les opioïdes. Son usage est étendu à un ensemble de pratiques visant à contrôler les douleurs peropératoires et chroniques.

3.2 Du récepteur NMDA à la théorie « glutamatergique » de la dépression : la kétamine au laboratoire de neurosciences

Un ensemble d'acteurs ont transformé la kétamine dans le monde du laboratoire de neuroscience. Parallèlement à son usage en anesthésie, des chercheurs ont identifié l'effet antagoniste de la substance sur des récepteurs qu'ils nomment NMDA (N-méthyl-D-Aspartate) et que celle-ci permet de découvrir. Ils découvrent que ceux-ci sont activés par un composé chimique, le glutamate, sécrété par des neurones dits glutamatergiques. Le récepteur NMDA sert d'objet frontière³⁴⁴ pour des acteurs d'horizons différents : entre des équipes de neuroscientifiques, mais aussi avec des cliniciens. La formulation de la théorie glutamatergique de la dépression, utilisée de manière très large, a permis à plusieurs groupes de chercheurs et de psychiatres de faire de la kétamine un traitement antidépresseur. On peut parler, à la suite d'Ilana Löwy, de « loose concept »³⁴⁵.

Dès les années 1960, des chercheurs tentent ainsi de décrire les effets neurophysiologiques de la PCP puis de la kétamine. En 1964, Edward Domino, le premier, dépeint la PCP comme une molécule ayant un profil pharmacologique inhabituel³⁴⁶. Dans les années 1970, après avoir montré que seuls certains groupes de neurones étaient inhibés par ces composés, une équipe identifie que ceci passe par le blocage d'un récepteur spécifique : le

³⁴³ Drogues ayant un potentiel d'abus mais à l'utilité médicale répandue dont l'usage peut conduire à une dépendance physique faible ou modérée ou une forte dépendance mentale : kétamine, stéroïdes anabolisants (<https://www.law.cornell.edu/uscode/text/21/812>)

³⁴⁴ (Star & Griesemer, 1989)

³⁴⁵ (Löwy, 1992)

³⁴⁶ (Domino, 1964) Il décrit notamment les modifications de la réactivité du système nerveux central aux différentes stimulations sensorielles ainsi que les modifications du métabolisme des catécholamines

récepteur NMDA³⁴⁷. D'autres recherches spécifient le fonctionnement de ce dernier : impliqué dans la modulation de la transmission nerveuse, il est naturellement activé par le glutamate. Dans les années 1980, des neurophysiologistes découvrent l'importance du récepteur NMDA dans l'apprentissage³⁴⁸ et dans la plasticité synaptique³⁴⁹.

Parallèlement, plusieurs neuroscientifiques et pharmacologues ont exploré le rôle que pouvaient jouer les récepteurs NMDA et les neurones dits glutamatergiques³⁵⁰ dans la pathogenèse de troubles mentaux, en particulier la schizophrénie. Les résultats des recherches sur la kétamine leur permettent de formuler de nouvelles hypothèses concernant les liens éventuels entre les effets dissociatifs induits par la molécule et les manifestations de la maladie, discutés de longue date. Des psychiatres postulent qu'elle résulte d'anomalies impliquant les récepteurs NMDA³⁵¹. Jusqu'alors, à l'instar de la schizophrénie, ces effets étaient compris comme des modifications de la transmission de la dopamine. Cependant, à la fin des années 1980, plusieurs auteurs pointent qu'ils ne disparaissent pas lors du blocage des récepteurs à la dopamine, contrairement aux symptômes psychotiques. Dès les années 1990, l'industrie pharmaceutique synthétise de nouveaux médicaments ciblant le système glutamatergique. La plupart des composés ne dépassent pas l'étape des essais précliniques (sur des animaux), par manque d'efficacité³⁵². L'un d'eux, le LY-2140023, fait exception et il est développé par Eli Lilly. Cependant, en 2012, elle interrompt un essai de phase III faute de résultats concluants en comparaison aux antipsychotiques classiques. D'autres molécules sont toujours en cours d'investigation.

Des recherches similaires ont été menées dans le champ de la dépression. Dès 1975, une équipe identifie que la kétamine a des effets antidépresseurs sur des modèles animaux de dépression³⁵³. Un autre groupe publie une série de travaux durant les années 1990³⁵⁴. Ils avancent que les antagonistes des récepteurs NMDA produisent des changements neurophysiologiques et biochimiques semblables à ceux observés après l'administration d'antidépresseurs³⁵⁵. De plus, ils montrent qu'une cure d'antidépresseur et de chocs électroconvulsifs pendant 14 jours conduit à la diminution de la sensibilité des récepteurs NMDA. Ils

³⁴⁷ (Anis et al., 1983)

³⁴⁸ (R. Morris et al., 1986)

³⁴⁹ Ce concept neurophysiologique, bien que discuté depuis le début du XXe siècle, fut décrit en 1969 par le neurologue britannique Geoffrey Raisman comme la capacité des neurones des cerveaux de rats à créer de nouvelles connexions synaptiques après une lésion (Raisman, 1969)

³⁵⁰ Utilisant le glutamate comme neurotransmetteur

³⁵¹ (Wachtel & Turski, 1990)

³⁵² (Stahl, 2013)

³⁵³ (Sofia & Harakal, 1975)

³⁵⁴ (Nowak et al., 1995; Skolnick et al., 1996)

³⁵⁵ Ces modifications sont une « *down-regulation* » des récepteurs corticaux bêta-adrénergiques

proposent que ces changements adaptatifs puissent être « la voie commune ultime de l'action des antidépresseurs »³⁵⁶. Ils isolent également des modifications dans la structure des récepteurs NMDA chez des personnes suicidées. Ils formulent ainsi la théorie glutamatergique de la dépression.

3.3 Entre promotion radicale et modérée d'un traitement « révolutionnaire »

Ces résultats issus du laboratoire de neurosciences sont adaptés dans le monde de la clinique. Alors que les détails de la théorie glutamatergique de la dépression restent débattus entre différents groupes de scientifiques, deux psychiatres la mobilisent de façon très large. Ils mènent des essais thérapeutiques dans lesquels ils montrent que la kétamine peut être utilisée comme antidépresseur. Ils font ainsi de la molécule non seulement un antidépresseur qui agit rapidement, mais aussi un traitement de la TRD. Ces psychiatres, Robert Berman et Carlos Zarate, sont à la fois chercheurs et cliniciens. Pour reprendre le terme d'Ilana Löwy³⁵⁷, ce sont des « *boundary scientists* ». Ces travaux suscitent un grand enthousiasme dans la communauté des psychiatres. Celui-ci est tempéré par d'autres promoteurs qui affichent une position plus modérée.

Robert Berman est psychiatre au *Abraham Ribicoff Center Clinical Neuroscience Research Unit of the Connecticut Mental Health Center* à New Haven lorsqu'il publie en premier à ce sujet avec son équipe³⁵⁸. En 2000, partant des recherches fondamentales sur les récepteurs NMDA, ils mènent un essai thérapeutique au cours duquel ils montrent qu'une perfusion de kétamine permet de faire diminuer les scores de dépression très rapidement et ce pendant 3 jours. Ils reprennent le mode d'administration utilisé dès les années 1970 en anesthésie³⁵⁹. Ils décrivent les effets produits sur les patients pendant la procédure : ils sont euphoriques et « planent ». Ceux-ci disparaissent une heure après alors que l'amélioration des symptômes dépressifs se maintient. Ils concluent qu'ils sont indépendants les uns des autres. L'induction d'effets dissociatifs est perçue comme un frein à son développement. Finalement, Robert Berman, fait de la kétamine un traitement antidépresseur agissant rapidement.

En 2006, l'équipe menée par Carlos Zarate montre que la molécule est efficace sur les dépressions résistantes³⁶⁰. Carlos Zarate travaille d'abord en psychopharmacologie clinique

³⁵⁶ “*the final common pathway for antidepressant action*”

³⁵⁷ (Löwy, 1992)

³⁵⁸ (Berman et al., 2000)

³⁵⁹ Une dose de 0,5 mg/kg délivré en continu pendant 40 minutes

³⁶⁰ (Zarate et al., 2006)

puis devient chef de différents services de psychiatrie. En 2009, il forme la branche de thérapeutique expérimentale et de physiopathologie du NIMH (*National Institute of Mental Health*). Il est spécialisé dans les troubles de l'humeur et conduit des recherches dans la découverte de nouveaux médicaments et de biomarqueurs pour les TRD. Il a par ailleurs des intérêts privés dans certaines molécules. Il est signalé comme co-inventeur sur le brevet protégeant l'usage de plusieurs dérivés de la kétamine³⁶¹ et d'une forme de ce composé par voie intranasale³⁶² dans l'indication de la TRD³⁶³. Dans les premières phrases de l'introduction de l'article de 2006, les auteurs pointent les limites des traitements actuels de la dépression qui mettent trop de temps à agir. Ils avancent que ce délai peut être réduit en ciblant directement le système du glutamate. Mais, contrairement à Robert Berman qui incluait de simples dépressions, cet essai s'intéresse à des dépressions résistantes. Ainsi, sans le justifier clairement, la focale est déplacée de la rapidité de la procédure à sa plus grande efficacité sur la TRD. Ils la définissent par un ensemble de critères opérationnalisés³⁶⁴ et reprennent les mêmes posologies que Robert Berman. Ces résultats sont confirmés par d'autres études au design similaire.

Les perfusions de kétamine rencontrent un franc succès auprès des psychiatres, mais aussi de la presse grand public. En 2015, l'association américaine de psychiatrie (APA) tente de réguler son usage et de modérer la promotion qui en est faite. Elle organise un *Council of Research task force on novel biomarkers and treatments*. Les données sont publiées sous la forme d'une méta-analyse qui regroupe les preuves concernant l'efficacité et la sécurité de la kétamine³⁶⁵. Deux ans plus tard, l'association produit des recommandations³⁶⁶ : *A consensus statement on the use of ketamine in the treatment of mood disorders*. Les auteurs se montrent enthousiastes à l'égard de la molécule qu'ils qualifient de « plus grande avancée dans le champ des antidépresseurs depuis les années 1950 ». Cet élan d'optimisme s'exprime dans un contexte de ressources thérapeutiques limitées. En outre, le médicament génère des espoirs de guérison chez les patients, leur famille, mais aussi les psychiatres. Ils pointent cependant deux problèmes. D'une part, la technique est de plus en plus utilisée alors que le niveau de preuve

³⁶¹ La (2R,6R)-hydroxynorkétamine et la S-dehydronorkétamine

³⁶² Nous sommes en 2006, donc avant le développement de l'eskétamine

³⁶³ <https://patents.google.com/patent/US9650352?q=carlos+zarate>

³⁶⁴ Ce sont des patients hospitalisés, ils doivent avoir reçu un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé au sens du DSM IV, les patients ayant pour diagnostic un trouble bipolaire ou de graves problèmes de santé sont exclus de l'étude, ils doivent avoir des symptômes suffisamment intenses à l'échelle d'Hamilton et n'avoir pas répondu à deux traitements antidépresseurs selon les critères de résistance du questionnaire ATHF (*Antidepressant Treatment History Form*).

³⁶⁵ ainsi que d'autres traitements agissant comme antagonistes des récepteurs NMDA (Newport et al., 2015)

³⁶⁶ (Sanacora et al., 2017)

de son efficacité est basé sur des essais cliniques de faible envergure. De plus, elle est employée en dehors de toute régulation de pharmacovigilance. D'autre part, les effets neurologiques à long terme et le potentiel de détournement d'usage ne sont pas connus. Ils appellent les psychiatres à la prudence, ainsi qu'à restreindre ce traitement aux situations de résistance. Ils les invitent à monter des essais thérapeutiques plus robustes, en particulier pour déterminer combien de séances de perfusion doivent et peuvent être réalisées.

Pendant que des cliniciens développent l'usage de la kétamine en psychiatrie, des neuroscientifiques poursuivent leurs recherches sur cette molécule et les récepteurs NMDA. Des équipes tentent de décrire les mécanismes par lesquels se produisent les effets antidépresseurs des antagonistes des récepteurs NMDA. Certains de ces travaux conduisent des chercheurs à lier un ensemble d'objets : la modulation des récepteurs NMDA, la plasticité synaptique dans les cerveaux de rats et la réalisation de certaines tâches de neuropsychologie.

3.4 L'eskétamine : une innovation en trompe-l'œil ?

À partir de la décennie 2010, la firme Janssen teste l'efficacité de la forme intranasale de la S-kétamine, un dérivé de la kétamine, sur des dépressions résistantes. Le médicament présente l'avantage de pouvoir être prescrit en ambulatoire. Les psychiatres y voient l'occasion de déployer plus largement la révolution amorcée avec la kétamine en perfusion. Cependant, son caractère novateur est rapidement remis en cause. D'une part, les essais cliniques ne retrouvent pas de supériorité aux autres antidépresseurs. D'autre part, les critiques accusent le laboratoire d'avoir déposé un brevet sur un traitement qui existait déjà à faible coût.

Au début des années 1990, en Allemagne, la firme Pfizer lance des recherches pour isoler de nouveaux composés issus de la kétamine pour un usage en anesthésie. En chimie, les molécules peuvent avoir deux configurations, qui sont l'image en miroir l'une de l'autre, appelés des énantiomères. La kétamine telle qu'elle est alors utilisée, est un mélange racémique, c'est-à-dire qu'elle contient autant d'énantiomères de forme R (du latin *Rectus*, droit), que de forme S (du latin *sinister*, gauche). Ces deux formes n'ont pas les mêmes effets biologiques. Les chimistes de Pfizer identifient ainsi au début des années 1990 que l'énantiomère S de la kétamine a un pouvoir anesthésiant deux fois plus fort que le mélange racémique. De plus, il induit moins d'effets psychiques et entraîne un retour à la vigilance plus rapide³⁶⁷. Pfizer dépose

³⁶⁷ (Himmelseher & Pfenninger, 1998)

un brevet pour l'Eskétamine injectable et reçoit l'autorisation de commercialiser le médicament sous le nom de Ketanest S en Allemagne, en Autriche et en Finlande.

Cette innovation est reprise par la firme Janssen qui développe une alternative à la forme injectable et met au point un spray nasal, protégé par un nouveau brevet en 2013³⁶⁸. Les essais cliniques sont menés sur des cas de dépression résistante et en association avec un antidépresseur. Deux essais de phase II ont lieu en 2012 et en 2014, l'un sous forme injectable³⁶⁹, l'autre en spray³⁷⁰. Suivent six essais de phase III pour une administration intranasale. Les trois premières se déroulent entre 2015 et 2017 et sont nommées TRANSFORM. Elles ont pour but d'évaluer l'efficacité de l'eskétamine comme « traitement d'induction » pendant 4 semaines. Les trois autres études, appelées SUSTAIN, réalisées entre 2016 et 2018, évaluent le traitement en « entretien » pendant plus de 48 semaines. Les études TRANSFORM montrent une absence de différence significative entre le groupe traité et placebo. Dans la première étude SUSTAIN, les patients traités ont un délai de rechute plus long.

Le 5 mars 2019, en dépit des résultats mitigés des études TRANSFORM, la FDA approuve le spray nasal en association avec un antidépresseur classique dans les situations de dépressions résistant aux traitements³⁷¹. L'agence justifie son choix en soulignant le nombre d'options limité dans ces situations. La FDA pointe les risques de sédation et du potentiel de détournement à de fins récréatives. Afin d'en garantir la sécurité d'emploi, l'agence ne rend cependant le traitement disponible que pour un système de distribution restreint. Le médicament ne doit être administré qu'en milieu hospitalier et qu'après un bilan préthérapeutique incluant au moins une prise de sang et un électrocardiogramme. Ils demandent que les patients signent un document attestant qu'ils ont bien compris qu'ils doivent être accompagnés pour quitter le lieu de soin. Il s'agit du second traitement approuvé par la FDA dans l'indication de la dépression résistante³⁷².

En France, l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) accorde l'autorisation de mise sur le marché en décembre 2019 sous le nom de Spravato®³⁷³. La Haute Autorité de Santé (HAS) rend un avis par la commission de la transparence en juin 2020. Celui-ci est

³⁶⁸ <https://patents.google.com/patent/WO2014143646A1/en?q=esketamine+janssen>

³⁶⁹ (Singh et al., 2016)

³⁷⁰ (Daly et al., 2018)

³⁷¹ <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-new-nasal-spray-medication-treatment-resistant-depression-available-only-certified>

³⁷² Aux États-Unis, en 2009, le Symbax, commercialisé par la Firme Ely Lilly, une association de Fluoxetine et d'Olanzapine (un antidépresseur et un antipsychotique) reçoit l'approbation de la FDA dans l'indication de la dépression résistante. Le traitement avait été approuvé en 2003 dans l'indication des dépressions survenant dans le cadre d'un trouble bipolaire. <https://investor.lilly.com/static-files/3eec4667-9739-4c96-8376-8f337daa626c>

³⁷³ <https://www.anism.sante.fr/Activites/Autorisations-temporaires-d-utilisation-ATU/ATU-arretees/Liste-des-ATU-arretees/ESKETAMINE-JANSSEN-28-mg-solution-pour-pulverisation-nasale>

favorable au remboursement « en association à un ISRS ou un ISRN, chez les patients adultes de moins de 65 ans pour le traitement des épisodes dépressifs caractérisés résistants n’ayant pas répondu à au moins deux antidépresseurs différents de deux classes différentes au cours de l’épisode dépressif actuel sévère et en cas de contre-indication ou résistance à l’électroconvulsivothérapie ou pour les patients n’y ayant pas accès ou l’ayant refusé »³⁷⁴. Ils rappellent que la prise en charge de la dépression résistante nécessite un avis spécialisé et qu’il n’existe pas de consensus sur sa définition. Ils évoquent les recommandations émises par l’Association française de psychiatrie biologique et neuropsychopharmacologique (AFPBN) et la fondation FondaMental. De même que la FDA, la HAS préconise de ne délivrer le traitement que dans un cadre hospitalier.

En France, la commercialisation du Spravato® fait l’objet de nombreux articles de presse en 2019 et 2020. C’est une des premières fois que des médias français grand public parlent de dépression résistante. Le 3 février 2020, une journaliste des Échos dit³⁷⁵ « c’est du jamais vu depuis trente ans... une nouvelle famille d’antidépresseurs va être lancée ». Ces articles soulignent le caractère révolutionnaire de la technique : selon le Figaro « La kétamine révolutionne la prise en charge de la dépression sévère »³⁷⁶ le 27 février 2018, Sciences et Avenir titre « L’eskétamine, une “innovation de rupture” dans la dépression résistante »³⁷⁷ le 13 novembre 2019. Le risque d’abus est cependant toujours évoqué comme une ombre planant sur cette révolution. Ainsi, le Monde demande « où s’arrête le médicament, où commence la drogue ? Le cas de la kétamine »³⁷⁸ le 27 novembre 2019.

Pourtant, à peine commercialisé, le nouveau traitement fait déjà l’objet de critiques. Dans un article paru en 2019, un psychiatre oppose une série de remarques à la récente approbation de l’eskétamine par la FDA³⁷⁹. Il souligne que la définition de la résistance était trop large dans les études de phase III et que les patients de plus de 65 ans n’étaient pas inclus. Il dénonce l’absence de robustesse des résultats et met en doute la rapidité d’action du traitement. D’autres auteurs pointent le manque de recul sur le risque d’induire des pathologies neurologiques ou même psychiatriques, en particulier celui de provoquer des troubles

³⁷⁴https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT_18432_SPRAVATO_PIC_INS_AvisDef_CT18432_EPI673.pdf

³⁷⁵<https://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/un-nouveau-medicament-contre-la-depression-bientot-disponible-1168524>

³⁷⁶ <https://sante.lefigaro.fr/article/depression-la-revolution-ketamine/>

³⁷⁷https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/1-esketamine-une-innovation-de-rupture-dans-la-depression-resistante_138940

³⁷⁸https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/11/27/ou-s-arrete-le-medicament-ou-commence-la-drogue-le-cas-de-la-ketamine_6020648_3224.html

³⁷⁹ (Turner, 2019)

psychotiques chez les patients adolescents³⁸⁰. L'industrie pharmaceutique a également été accusée de commercialiser à un prix élevé une molécule qui était déjà disponible à moindre coût sous une autre forme. Par ailleurs, dès 2013, des équipes de recherche clinique et de psychopharmacologie chinoises, japonaises et brésiliennes ont contesté le choix de l'énantiomère S³⁸¹. Ces auteurs montrent que l'énantiomère R de la kétamine produit moins d'effets dissociatifs et plus d'effets antidépresseurs, en particulier à long terme, chez la souris et chez l'Homme. L'entreprise américaine Perception Neuroscience Ltd a annoncé avoir lancé des essais cliniques avec la firme japonaise Otsuka pour développer l'énantiomère R de la kétamine.

Malgré une configuration d'acteurs différente, l'histoire de la kétamine et de l'eskétamine présentent des similitudes avec celles de l'ECT et des IMAO. La dépression résistante a permis à ses promoteurs de défendre l'idée qu'il s'agissait d'une révolution thérapeutique. Le recours à cette catégorie leur a permis de faire oublier les risques d'addiction et de séquelles neurologiques et psychiatriques.

Conclusion du chapitre 3 :

Dans ces trois histoires, la dépression résistante sert de motif à la mobilisation de psychiatres qui entendent défendre l'usage de techniques spécifiques. Ils s'y sont engagés par la réalisation et la publication d'essais thérapeutiques, la rédaction d'ouvrages académiques et de recommandations professionnelles, l'organisation de congrès, et la participation aux décisions de régulation des agences gouvernementales. J'ai distingué deux positions dans la promotion de ces techniques que j'ai appelées radicales et modérées. La promotion radicale consiste à les considérer comme étant très efficaces en minimisant leurs risques. La promotion modérée, quant à elle, tend à les prendre en compte dans la façon de séquencer les lignes traitements. Ces positions sont essentiellement tenues à l'échelle des discours. Elles ne constituent pas des rôles sociaux et des identités professionnelles à proprement parler, d'autant qu'elles peuvent être endossées successivement par les mêmes personnes dans des situations institutionnelles différentes.

Dans chacun des cas, ces positions sont prises en réaction à des mesures de régulation de l'usage de ces techniques. Dans les années 1960 et 1970, on assiste à une montée de la

³⁸⁰ (Zimmermann et al., 2020)

³⁸¹ (Wei et al., 2020)

règlementation des innovations, avec la création d'agences gouvernementales qui décident la mise sur le marché des médicaments. Celle-ci dépend de la conduite d'essais cliniques, qui ont pour corollaire d'écarter les molécules ne prouvant pas leur efficacité. Les psychiatres se détournent des IMAO alors que des études montrent qu'ils agissent moins bien que les autres antidépresseurs. Ces régulations sont également juridiques, avec l'adoption de textes interdisant certaines techniques, à l'instar de l'ECT. Elles sont aussi professionnelles, par le truchement d'un ensemble de recommandations. Enfin, elles dépendent des lois du marché. On l'a vu, avec les IMAO, les psychiatres français ont dû se battre, en vain, contre la décommercialisation du Marsilid faute de profits. En outre, dans les années 2010, la firme Janssen obtient l'approbation de l'eskétamine en spray nasal en dépit de preuves insuffisantes de son efficacité. Il s'agit d'un repositionnement stratégique pour une molécule qui était tombée dans le domaine public.

Dans chacune de ces histoires, la catégorie dépression résistante opère d'une façon différente, ce qui contribue en retour à la transformer. Avec l'ECT, elle est mobilisée pour prouver la supériorité de la technique sur les médicaments. Avec les IMAO, les publications suggèrent que tant qu'on ne les a pas essayés, on ne peut pas savoir s'ils peuvent être utiles. Ils ne sont donc pas plus efficaces, mais peuvent fonctionner dans les situations de résistance. Enfin, avec la kétamine, la TRD a permis de faire de la molécule une révolution thérapeutique. On voit se dessiner deux modes de conception des traitements de dernier recours. D'une part, ils sont utilisés car ils sont plus puissants et sont gardés en réserve pour conserver une force de frappe sur la maladie. D'autre part, on les emploie parce qu'ils sont complexes à manier, qu'ils font courir plus de risque, ou que leurs effets restent encore source d'incertitude. Je montre comment cette tension est gérée en pratique dans la troisième partie de cette thèse.

Chapitre 4 : Mutations d'un segment professionnel, les psychiatres universitaires

Avec les trois chapitres qui précèdent, j'ai montré comment la résistance a émergé comme problème clinique, comme catégorie nosologique et comme cible de traitements. Dans celui-ci, je fais un pas de côté pour étudier des dynamiques professionnelles. En effet, la notion a principalement été travaillée par des psychiatres occupant des postes universitaires. Précisément, je voudrais comprendre comment le segment universitaire de la psychiatrie s'est saisi des questions associées à la résistance et l'a articulé à l'élaboration d'un projet professionnel. Pour cela, je m'appuie sur le cas français, ce qui me permettra également de contextualiser les données de terrain des chapitres suivants.

Dans ce chapitre, je mobilise la notion de segment professionnel développée initialement par Rue Bucher et Anselm Strauss³⁸². Pour ces auteurs, un groupe professionnel n'est pas une entité homogène, il est constitué « de nombreuses identités, de nombreuses valeurs et de nombreux intérêts parmi ses membres »³⁸³. La notion de segment renvoie au constat que certains de ces intérêts, de ces identités et de ces valeurs peuvent être partagés par des groupes professionnels selon des patterns structurés et en opposition à d'autres. Elle met particulièrement l'accent sur leur caractère émergent et leurs limites floues. Chaque segment définit ainsi : le sens de sa mission, le contenu de son travail, sa méthodologie et ses techniques privilégiées, son rapport aux clients et aux collègues. Dans cette histoire, cependant, le segment préexiste à l'élaboration de la catégorie de dépression résistante. Pourtant, le mode de structuration de la profession rend possible l'émergence de la catégorie qui, en retour, l'intègre comme élément central de son identité. Empruntant le terme à Ian Hacking, on peut parler de niche écologique qui a contribué au déploiement de la catégorie. Par ce concept, l'auteur décrit l'effet concret de configurations culturelles sur l'apparition d'entités nosologiques.

Ainsi, avant les années 1960, le segment est formé par les membres de l'élite hospitalière. Déjà, des patients leur sont adressés dans des situations proches de ce qui sera ensuite nommé résistance. Parallèlement, et ce depuis l'après-guerre, les médecins des hôpitaux psychiatriques (HP) organisent et théorisent le traitement de malades chroniques. À la fin des années 1960, à la suite d'une série de réformes, les médecins des HP acquièrent une position au moins équivalente à celle de leurs collègues universitaires. Dès les années 1980, cependant,

³⁸² (Bucher & Strauss, 1961)

³⁸³ *Ibid* p. 3

ces derniers reprennent leur place dominante. Je montre que pour le segment universitaire, la résistance a constitué un outil pour réaffirmer cette position de premier rang. Je suggère que ce mouvement est l'aboutissement d'un double processus de transformation affectant la place de ce groupe dans son environnement. Le premier est lié à la réorganisation de ses rapports à la recherche, à l'industrie pharmaceutique et à l'enseignement et s'inscrit dans la dynamique plus générale de biomédicalisation de la médecine universitaire. Le second découle des relations que les psychiatres universitaires entretiennent avec les autres segments de la profession et notamment ceux des hôpitaux psychiatriques. C'est en effet par rapport aux positions défendues par ces derniers, et la façon dont ceux-ci s'engagent dans la promotion de la sectorisation, qu'ils élaborent leur propre définition de la discipline et leur vision de son organisation.

1. La neuropsychiatrie universitaire à la libération (1945-1960)

Au sortir de la guerre, un besoin pressant de réformer la psychiatrie est exprimé par plusieurs groupes de psychiatres, et principalement deux : des médecins issus de l'élite médicale et ceux des HP. C'est à cette occasion que des débats, parfois vifs, émergent entre eux. Ils concernent la définition de ce qu'est la discipline, l'accès des jeunes médecins à la spécialité et l'organisation de l'hôpital. La fin de la décennie 1950 est marquée par deux textes aux effets contradictoires pour la psychiatrie universitaire : les ordonnances Debré de 1958 et la circulaire de 1960 relative à la territorialisation de la psychiatrie.

1.1 Trois segments professionnels

En 1945, trois segments de professionnels se partagent le soin des maladies psychiatriques : les médecins des HP, en charge du service des aliénés au sens de la loi de 1838 ; les libéraux spécialistes des maladies mentales et nerveuses ; et un petit groupe de praticiens exerçant comme consultants dans les hôpitaux généraux et notamment universitaires. Ces trois segments revendiquent trois visions bien distinctes de la psychiatrie et de son rapport au reste de la médecine. Si les premiers disent ne pratiquer que cette discipline, les deuxièmes se réclament également de la neurologie. Les troisièmes, enfin, se définissent par leur appartenance à l'élite médicale du pays et peuvent ne pas se considérer spécialistes. À ce continuum qu'on peut qualifier d'horizontal s'y ajoute un autre, vertical celui-ci, relatif aux différentes positions hiérarchiques.

1.1.1 Les psychiatres issus de l'élite hospitalière

Le plus ancien de ces trois segments est celui issu de l'élite hospitalière. L'historien George Weisz a décrit son émergence au début du XIXe siècle au moment où se réorganisent les institutions médicales parisiennes : réforme de l'assistance publique et de la faculté de médecine, création de l'Académie de médecine³⁸⁴. Cette dernière devient l'arbitre des nouvelles connaissances médicales. Elle évalue les écrits médicaux et scientifiques, décerne des prix, collecte et produit des données épidémiologiques, régule l'usage des traitements et apporte son expertise au gouvernement concernant les décisions de santé publique. Mais l'appartenance à l'élite se définit d'abord par le passage du concours de l'internat qui confère à ses lauréats un sentiment d'identité collective forte. À l'issue de leur formation hospitalière, certains font une thèse de science, d'autres mènent des recherches au sein d'un laboratoire ou dans les services de clinique de la faculté de Paris. Ils poursuivent ensuite leur carrière en cumulant des activités de consultation en cabinet, en clinique, ou à l'hôpital et des charges d'enseignement. Le couronnement d'une carrière est ainsi l'accès à un poste de chef de service dans un grand hôpital parisien, à une chaire à la faculté de médecine voire à un siège à l'Académie de médecine. Pour parvenir aux postes universitaires les aspirants doivent obtenir le concours de l'agrégation, et attendre la vacance d'une chaire. Cela conduit souvent les professeurs à en occuper plusieurs successivement dans l'attente que celle de leur choix se libère.

La constitution d'un sous-groupe de cette élite spécialisée en psychiatrie est liée d'abord aux efforts d'une poignée d'entrepreneurs³⁸⁵. Au début du XIXe siècle, ceux-ci, à l'instar de J.E.D. Esquirol, plaident pour que les « aliénés » soient pris en charge par des praticiens spécialisés dans les questions de médecine mentale. Au milieu du siècle, ils s'organisent et fondent un journal, les *Annales Médico-Psychologiques* (AMP), puis une société savante, la Société Médico-Psychologique. Après l'ouverture de la faculté de médecine de Paris aux spécialités à partir de 1860, le groupe obtient en 1877 la création d'une chaire de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale³⁸⁶. L'élite de l'aliénisme est alors composée des médecins-chefs des diverses institutions psychiatriques parisiennes, de consultants en cabinet ou de directeurs de clinique, comme Esprit Blanche³⁸⁷. En province, quelques médecins occupent des chaires dans les grandes facultés — Bordeaux, Lille, Lyon.

³⁸⁴ (Weisz, 1995)

³⁸⁵ (Goldstein, 2001)

³⁸⁶ (Weisz, 2006)

³⁸⁷ (Murat, 2001)

Dans les années qui précèdent la Seconde Guerre mondiale, un élément essentiel dans l'évolution de cette élite est la réorganisation du dispositif institutionnel de la psychiatrie parisienne. Jusque dans les années 1870, celui-ci repose sur des établissements privés et des quartiers psychiatriques dans les hôpitaux de l'assistance publique. Avec la création progressive d'un système d'asiles départementaux, puis la fermeture des quartiers psychiatriques on voit émerger une nouvelle pratique de la psychiatrie au sein de l'élite. Les hôpitaux généraux de l'assistance publique gardent en effet des espaces dédiés aux malades psychiatriques dont le statut légal ne leur permet pas de maintenir les malades à l'hôpital contre leur gré de façon prolongée. De fait, ces services ont la charge de maladies débutantes, aiguës, réputées plus facilement curables, et délèguent la gestion des malades chroniques aux asiles du département³⁸⁸. Dans le même esprit, un projet entend faire de l'asile clinique de Sainte-Anne une institution d'accueil des malades curables, reléguant les « incurables » aux asiles de périphérie³⁸⁹. Dans les deux cas, c'est l'idée de créer une psychiatrie spécialisée dans l'aigu qui est en jeu, au grand dam des médecins des hôpitaux psychiatriques qui parlent de « triage ».

1.1.2 Les médecins des hôpitaux psychiatriques

Le groupe des médecins des asiles puis des hôpitaux psychiatriques (HP) est intimement lié au dispositif créé par la loi de juin 1838. Celle-ci prévoit la mise en place d'un réseau d'établissements administrés par des médecins-chefs ayant un statut de fonctionnaire. D'abord nommés par les préfets, les médecins-chefs sont recrutés à partir de 1888 par le concours du « médicament ». Après avoir été organisé dans les régions, il l'est à l'échelle du pays dès 1902. Comme le signale Nicolas Henckes, ce concours sanctionne une triple compétence : administrative, clinique et scientifique³⁹⁰.

Dès 1922, à la suite d'un changement de statut des hôpitaux de province et la suppression du titre de médecin-assistant, les postes de médecins-chefs sont attribués selon l'ancienneté des candidats. Cette hiérarchie organise dès lors les carrières. Les « grands noms » de la psychiatrie de l'entre-deux-guerres et de l'après-guerre sont ainsi les médecins-chefs éphémères d'hôpitaux de province avant d'être nommés dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine. Alors que le concours a initialement une fonction de recrutement, il devient un titre, une

³⁸⁸ Ces pratiques sont rapportées par J. Losserand dans son rapport pour le livre blanc de la psychiatrie en 1965 (Losserand, 1965)

³⁸⁹ (Henry et al., 2016)

³⁹⁰ (Henckes, 2007)

accréditation pour exercer la psychiatrie. Les détenteurs du médicat des hôpitaux de la Seine forment une élite parallèle à celle des médecins des hôpitaux de Paris. Sans être aussi prestigieuse, elle confère à ses membres une identité de groupe de spécialistes des maladies mentales.

1.1.3 Les psychiatres d'exercice libéral

Enfin, un troisième groupe de spécialistes exerce la psychiatrie en cabinet et a une activité purement libérale. Ce groupe se développe à partir des années 1880, principalement dans les centres urbains. Nicolas Henckes souligne la difficulté à identifier précisément ses contours. D'une part, jusqu'aux années 1950 le titre de spécialiste repose d'abord sur la déclaration des praticiens sans être sanctionné par la reconnaissance d'une autorité. D'autre part, ses membres traitent un ensemble composite de pathologies mentales et neurologiques³⁹¹. Ceux-ci sont généralement d'anciens internes des hôpitaux, ils peuvent avoir passé le médicat des HP sans avoir pris de poste, ou alors ce sont des titulaires d'un certificat dispensé par la faculté.

1.2 Réformer la formation des psychiatres et l'organisation de la spécialité

Au sortir de la Deuxième Guerre mondiale, ces trois groupes professionnels s'engagent dans d'intenses débats. Ceux-ci se structurent notamment autour de deux questions : l'accès à la spécialité et l'organisation de l'institution psychiatrique.

1.2.1 Réformer l'accès à la spécialité

Le débat sur la première question est lié à la mise à l'agenda de la régulation du système des spécialités dans son ensemble. La naissance de la sécurité sociale à la fin de la guerre impose en effet d'encadrer les tarifs demandés par les spécialistes, plus onéreux que ceux des généralistes. Le projet retenu par le gouvernement donne à l'Ordre des médecins la mission de créer des certificats d'études spécialisées (CES). En 1947, le Conseil de l'Ordre engage une série de consultations préparatoires. Au cours de celles-ci, les médecins des hôpitaux psychiatriques requièrent l'obtention d'un CES de psychiatrie indépendant de la neurologie.

³⁹¹ Ibid

Les psychiatres des hôpitaux généraux et les universitaires sont, quant à eux, favorables à un CES de neuropsychiatrie, arguant que la clientèle des neurologues sera trop restreinte. Finalement, en 1949, le ministère de l'Éducation nationale tranche, sur les recommandations d'une commission formée de psychiatres universitaires, en faveur d'un certificat de neuropsychiatrie³⁹².

1.2.2 Réformer l'hôpital psychiatrique

La deuxième question qui agite les deux groupes concerne l'organisation de la psychiatrie et la réforme de l'hôpital psychiatrique. Depuis l'entre-deux-guerres, des expériences de dispensaires ont été lancées dans plusieurs départements français et dans les années 1940 le problème se pose de leur organisation. Parallèlement, le débat sur la réforme de l'hôpital psychiatrique est encore une fois soulevé, notamment sous l'impulsion des médecins des HP. Ceux-ci voudraient ouvrir leur institution alors que les établissements font de nouveau face à une croissance apparemment irrésistible de leur population. Ils défendent l'idée d'un service public territorial de la psychiatrie, placé sous la direction des médecins des HP et comprenant les hôpitaux et les structures extrahospitalières. Ces médecins demandent au ministère de la Santé la création d'une instance pour discuter et piloter ces réformes et l'ensemble des problèmes afférents à la politique de santé mentale. En 1947, ils obtiennent l'ouverture de la commission d'étude des problèmes de la santé mentale qui devient la commission des maladies mentales en 1949. Celle-ci comprend des psychiatres des HP, des psychiatres des hôpitaux, mais aussi des représentants des administrations, des caisses de sécurité sociale, des juristes et des directeurs administratifs des établissements psychiatriques.

À partir de la fin de la décennie 1940, par ailleurs, certains médecins des HP³⁹³ lancent des expériences de psychiatrie extrahospitalière qui élargissent les premières expériences de dispensaires, autour de foyers de postcure ou d'hôpitaux de jour. À Paris, au début des années 1950, une première tentative de réorganiser la psychiatrie en secteurs en attribuant à chaque service un arrondissement de rattachement est faite. Dans la seconde moitié de la décennie, l'ensemble de ces réflexions nourrissent les propositions que font ces psychiatres à la commission des maladies mentales. Ils suggèrent de découper le territoire français en secteurs placés sous la responsabilité d'un psychiatre.

³⁹² (Henckes, 2007)

³⁹³ Comme Louis le Guillant ou Paul Sivadon

Les universitaires et les psychiatres des hôpitaux généraux suggèrent une vision différente de l'organisation de la psychiatrie. Ils leur opposent un système articulé à partir de l'hôpital, n'accordant qu'une place secondaire aux dispensaires. Ils entendent les faire dépendre de médecins hospitaliers, sur le modèle de la phtisiologie. Ils réfutent également la pertinence de l'idée d'un service public centralisé et prônent, dans une conception libérale, de laisser libre cours à un marché de professionnels en concurrence. Selon ces médecins, l'hôpital doit être organisé autour d'un plateau technique donnant la possibilité à ses praticiens de se concentrer sur des actes à forte valeur ajoutée : mener des électrochocs, réaliser des EEG, etc.

1.3 Deux réformes aux effets contradictoires : la réforme Debré et la circulaire de 1960

À la fin des années 1950, deux réformes viennent incarner les positions antagonistes des deux segments professionnels. D'un côté, la réforme Debré, du nom de son inspirateur Robert Debré, promulguée par ordonnance en 1958³⁹⁴, crée les centres hospitalo-universitaires et réorganise les liens entre hôpital, enseignement et recherche. De l'autre, la circulaire du 15 mars 1960 lance la politique de sectorisation psychiatrique dont elle définit les principes et tente d'en organiser le développement. Ces textes marquent l'aboutissement des discussions que mènent les différents groupes de psychiatres et plus généralement la profession médicale depuis la fin de la guerre. Ils auront pour effet de configurer des pratiques de soin contrastées entre les services hospitalo-universitaires et les hôpitaux psychiatriques, en particulier concernant le recrutement des malades.

1.3.1 La réforme Debré de 1958 : bâtir les centres hospitalo-universitaires, organiser des « réseaux biomédicaux »

La réforme de 1958 vise avant tout l'armement professionnel et technique des grands centres hospitaliers universitaires. À cet égard, elle s'inscrit dans le contexte général où, après-guerre, la France entreprend de rattraper le retard pris dans le développement de ses infrastructures depuis le début du siècle. Elle est également contemporaine de l'avènement de la recherche biomédicale et de sa structuration progressive autour des essais thérapeutiques et du laboratoire³⁹⁵. Elle prévoit de faire des hôpitaux régionaux de grands centres de soins « où

³⁹⁴ (Jamous, 1969)

³⁹⁵ Qui remplace alors l'INH (Löwy 1997)

sont organisés les enseignements médicaux et paramédicaux, les enseignements postuniversitaires et la recherche médicale »³⁹⁶. En outre, la réforme crée un nouveau corps de personnel médical, à la fois enseignants et hospitaliers à plein temps, recrutés sur concours. Ainsi que le souligne Jean-Paul Gaudillière, « [cette réforme] renforce la concentration dans les CHU des moyens techniques et humains de la médecine de pointe, désormais conçue comme une médecine de l'innovation permanente »³⁹⁷.

Sur le plan de la politique de santé publique, la réforme Debré a rapidement pour effet d'accentuer les différences de recrutement entre services hospitaliers tout-venant et universitaires³⁹⁸. Alors que les premiers se recentrent sur un recrutement local et non sélectif, les seconds reçoivent des malades adressés depuis le libéral qu'ils sélectionnent selon l'intérêt scientifique de leur pathologie et de façon moins avouée, leur appartenance sociale. Comme le notent Nicolas Dodier et Agnès Camus, c'est ainsi une « nouvelle topologie » qui se met en place, structurée autour de « réseaux biomédicaux »³⁹⁹.

En psychiatrie, la réforme consolide la position des services hospitalo-universitaire face aux hôpitaux psychiatriques dans la production des savoirs. Ce mouvement est favorisé, par ailleurs, par l'engouement suscité par la recherche clinique sur les nouvelles molécules psychotropes. Celle-ci contribue à façonner les pratiques des services hospitalo-universitaires et en particulier celles concernant le recrutement de leurs patients.

Ainsi jusqu'au début des années 1950, à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale, le service hospitalo-universitaire rattaché à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, le recrutement des patients passe par deux voies principales. Un certain nombre d'entre eux, placés sous le régime de la loi de 1838, sont sélectionnés — le plus souvent par les chefs de cliniques et les internes — à l'admission en fonction des expérimentations en cours dans le service⁴⁰⁰. Par ailleurs, un grand contingent de patients, issus la plupart du temps des couches supérieures de la société, sont adressés par des collègues exerçant en libéral dans des logiques de réseau. Ce recrutement évolue à la fin des années 1950 avec la diffusion des nouveaux médicaments psychotropes. Si le service continue à accueillir des patients placés de force, de plus en plus de patients y arrivent adressés depuis le libéral. Les relations avec ce segment de

³⁹⁶ (Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, 1958)

³⁹⁷ (Gaudillière, 2002) P.311

³⁹⁸ (Chauvenet, 1978; Herzlich, 1973)

³⁹⁹ (Dodier & Camus, 1997a, 1997b)

⁴⁰⁰ Dans son ouvrage *les dix ans qui ont changé la folie, la dépression et l'angoisse*, Jean Thuillier décrit comment P. Deniker se déplaçait au service des admissions de l'hôpital de façon routinière pour choisir les patients à admettre avant 1952. Jean Thuillier est un psychiatre puis écrivain qui a assisté à la découverte des effets sur les maladies mentales de la Chlorpromazine par Jean Delay et Pierre Deniker dans les années 1950 (Thuillier, 2003)

la profession sont reconfigurées dans deux directions. D'une part, contrairement aux techniques de choc accessibles principalement dans les hôpitaux prenant en charge des patients psychiatriques, les médicaments sont progressivement utilisables par des services non psychiatriques et des médecins de ville. De l'autre, les services hospitalo-universitaires deviennent des lieux d'expérimentation d'un nombre croissant de nouvelles molécules. À la clinique des maladies mentales et de l'encéphale à l'hôpital Sainte-Anne, les psychiatres Jean Delay et Pierre Deniker acquièrent la réputation de spécialistes de ces molécules. Leur prestige ne provient alors plus tant du traitement des malades curables, mais de leur maîtrise de techniques thérapeutiques de pointe, en particulier des médicaments psychotropes. Leur expertise se déplace de la gestion des cas aigus à celle de ceux plus complexes, « résistants » à plusieurs prescriptions.

1.3.2 La circulaire du 15 mars 1960 : planifier le secteur psychiatrique

Si la réforme Debré permet la modernisation du système hospitalo-universitaire, la sectorisation psychiatrique est quant à elle une réponse aux difficultés spécifiques des hôpitaux psychiatriques soumis à la loi de 1838. Après avoir fait l'objet de plusieurs publications par les psychiatres à la fin des années 1950, le principe du secteur est énoncé par le ministère de la Santé par la circulaire du 15 mars 1960. « Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance postcure »⁴⁰¹. Il est supposé à la fois favoriser la prévention des maladies mentales et limiter la chronicisation des malades en facilitant leur sortie de l'hôpital et en améliorant la surveillance.

La circulaire donne surtout une sorte de mode d'emploi pour créer les secteurs. Les services préfectoraux doivent rassembler un certain nombre d'éléments chiffrés sur la démographie et l'équipement des départements. Les équipes psychiatriques, elles, doivent fournir des propositions d'équipement. Enfin, un plan doit être arrêté pour fixer les limites des secteurs et programmer les constructions. Elle décrit par ailleurs une série de standards concernant à la fois le nombre de lits hospitaliers et la nature des structures extrahospitalières que l'on peut envisager.

⁴⁰¹ (Ministère de la Santé publique et de la population 1960) p.2

Si les services des hôpitaux hospitalo-universitaires sont en principe associés à cette politique, la marche à suivre est plus floue que pour les hôpitaux psychiatriques. Le document prévoit en fait un cadre assez lâche : les services des hôpitaux généraux sont appelés à prendre leur part dans l'hospitalisation de « certains malades » et leur chef de service doit également participer aux tâches extrahospitalières de secteur ; pour autant, leur contribution au dispositif ne doit pas leur donner une fonction de « triage » des malades⁴⁰². À la fin des années 1950, deux dispositifs institutionnels, aux logiques et aux objectifs contrastés, se font face. La conciliation de ces objectifs contradictoires sera de fait le grand enjeu de la décennie suivante.

2. L'organisation de la neuropsychiatrie universitaire remise en question (1961-1985)

Au tournant des années 1960, les deux réformes, des centres hospitalo-universitaires d'une part et de la sectorisation d'autre part, ont ainsi des conséquences contradictoires pour la profession. Celles-ci se traduisent rapidement dans le courant des années 1960 par la mise à l'agenda d'un nouvel ensemble de questions portant sur la définition de la discipline et ses évolutions. Quelle place occupe la psychiatrie vis-à-vis du reste de la médecine ? Quel statut donner aux médecins des hôpitaux psychiatriques ? Comment former et qualifier les futurs psychiatres ? Quelles relations la psychiatrie de secteur doit-elle entretenir avec les autres composantes de la profession. Comme dans la période précédente les réponses apportées à ces questions par les psychiatres des hôpitaux psychiatriques s'opposent à celles issues de la psychiatrie universitaire.

2.1 Les journées psychiatriques du livre blanc

Dans un premier temps, ces différentes questions sont travaillées au cours des « Journées psychiatriques du livre blanc », organisées à l'instigation de Henri Ey et sous l'égide de

⁴⁰² « Certes, le service hospitalier de neuropsychiatrie ne pourra pas, dans certains cas, assurer le traitement de tous les malades mentaux d'un secteur déterminé. Il convient donc d'étudier une formule souple qui permette, en confiant à ce service des fonctions particulières pour le traitement hospitalier de certains malades dans un secteur donné, de faire participer le chef de ce service aux tâches extrahospitalières de ce même secteur en étroite liaison avec le médecin de l'hôpital psychiatrique qui recevra des malades de même origine démographique qui ne pourraient être traités, en raison de l'importance de leurs troubles, dans le service de neuropsychiatrie. Cette conception s'oppose donc de façon absolue au fonctionnement du service de neuropsychiatrie en service de triage. » Ibid p.11

*l'Évolution psychiatrique*⁴⁰³ trois années de suite, de 1965 à 1967. La manifestation est une réponse au malaise grandissant de la profession et en particulier parmi ses membres les plus jeunes. Le dispositif de discussion repose sur une série de rapports thématiques commandés à des figures de la discipline et visant à établir un bilan objectif de la situation. Les journées aboutissent ainsi à la formulation de 29 motions adressées aux pouvoirs publics concernant les principaux sujets intéressant la spécialité : démographie médicale, enseignement, relations avec la neurologie, processus de qualification, organisations des soins, etc. Dans la foulée, profitant de la dynamique impulsée par l'évènement, les participants forment le Syndicat des psychiatres français. Le secrétariat général en est assuré par Charles Brisset, un proche de Henri Ey et directeur d'une clinique privée. Celui-ci fait par ailleurs paraître en 1972 un manifeste synthétisant l'essentiel des réflexions élaborées lors de cette manifestation⁴⁰⁴.

Un des points de départ des débats est le déficit de psychiatres dans le pays. Ce problème est adossé à deux autres : la difficulté à définir précisément les contours de la spécialité et la formation des futurs psychiatres. Dans son allocution d'ouverture, Henri Ey souligne ce qu'il considère être la situation particulière de la discipline : à la fois branche de la médecine, elle s'en distingue pourtant. Ce double positionnement l'amène à reprocher à la psychiatrie universitaire d'être trop dépendante de la médecine générale et de ne pas en reconnaître la singularité⁴⁰⁵.

Rétrospectivement, dans le texte de 1972, Charles Brisset pointe les incohérences du cursus des futurs psychiatres et du processus de qualification. Tout d'abord, les enseignants de la spécialité, les agrégés et les professeurs de psychiatrie sont recrutés parmi les internes des CHU. Or, rappelle-t-il, à part à la clinique des maladies mentales à Sainte-Anne, les CHU ne comportent pas de service de psychiatrie en tant que tel. En outre, leurs propres unités de neuropsychiatrie accueillent trop peu de malades psychiatriques pour former correctement des psychiatres. Il souligne ainsi le paradoxe : « [cette voie] permettait, après la formation psychiatrique la plus succincte, les carrières les plus élevées ». Ce déficit oblige la plupart des internes des hôpitaux intéressés par la psychiatrie à demander une disponibilité pour apprendre la psychiatrie dans les hôpitaux psychiatriques. Autre incohérence : parce que les internes des hôpitaux psychiatriques ne peuvent se confronter à des patients souffrant d'affections neurologiques, la plupart des médecins exerçant la psychiatrie n'ont pas la qualification de neuropsychiatrie.

⁴⁰³ Dirigée par Henri Ey

⁴⁰⁴ (Brisset, 1972)

⁴⁰⁵ Au contraire, il reproche à certains psychiatres psychanalystes de vouloir rattacher la discipline à la psychologie

Enfin, c'est l'organisation même de la neuropsychiatrie universitaire que remettent en question les discussions du livre blanc. Dans le prolongement de la circulaire de 1960, les participants aux journées critiquent le triage des malades, opéré par les services universitaires.⁴⁰⁶ Dans leur rapport, les psychiatres Hubert Mignot et Charles Brisset s'y opposent farouchement.

« Nous rejetons avec la plus grande fermeté toute organisation qui tendrait à réserver les malades dits "aigus" à ces hôpitaux ou services spécialisés et rejeterait vers d'autres formations les malades dits "chroniques". Mais cela suppose que ne soient pas confondus les soins et "l'assistance", c'est-à-dire les formes d'action qui tendent à aménager pour les handicapés les conditions de leur existence. L'assistance nécessaire pour beaucoup de chroniques ne doit pas être réalisée par le maintien inutile dans des hôpitaux ou des hospices, mais grâce à une aide à domicile »⁴⁰⁷.

Les deux psychiatres proposent en conséquence de préciser la place du service de psychiatrie à l'hôpital général en l'articulant à l'offre de secteur. Ils suggèrent ainsi que les psychiatres des hôpitaux généraux s'occupant de fait de malades différents de ceux présents dans les HP, ils pourraient être reconnus spécifiquement dans ce rôle. Ils verraient « des malades proprement psychiatriques qui viennent souvent consulter de préférence à l'hôpital général ; des malades occasionnellement psychiatriques au cours d'un épisode médical ou chirurgical ; des malades psychosomatiques ».

En 1972, Charles Brisset systématise sa critique lorsqu'il réaffirme l'inadéquation à la psychiatrie des CHU tels qu'ils sont agencés depuis la réforme Debré. Ceux-ci reposent en effet sur une structure qu'il qualifie de *verticale*. Des services de pointe, détenteurs de ressources matérielles rares et coûteuses, gèrent les maladies les moins fréquentes et les plus complexes, quand les maladies plus ordinaires le sont dans ceux parmi les moins équipés. Pour cet ardent défenseur du secteur, la psychiatrie, au contraire, appelle une organisation *horizontale* : « le malade trouve, à proximité de son lieu de vie, les hommes et les moyens d'être traité ». Selon lui, ce modèle « assure les conditions de soins qui assurent la prise en charge de l'unité qu'il forme avec son milieu ».

Plus généralement, ces psychiatres s'opposent à toute surspécialisation des psychiatres. Ils l'associent à la « technicisation » prônée par les médecins des CHU. Charles Brisset écrit ainsi : « l'évolution de la médecine vers une technicisation croissante est inévitable [...] On

⁴⁰⁶ (Brisset, 1972)

⁴⁰⁷ (Société de l'évolution psychiatrique, 1966)

assiste alors, partout dans le monde, à la coupure entre deux médecines : celle des équipes hospitalières, des techniciens de pointe, des chercheurs et des spécialistes, rassemblés par une connaissance précise d'un domaine de la pathologie ; et celle du médecin praticien qui s'essouffle à courir après les connaissances multiples [...] La tendance, *inévitabile*, à la spécialisation pousse évidemment à une fragmentation de la pratique médicale »⁴⁰⁸. Au contraire, la psychiatrie ne saurait faire l'objet d'une telle fragmentation. « Aucun découpage n'est possible dans la réalité du sujet [...]. La spécialisation éventuelle d'un psychiatre au sein de la discipline porte sur l'approfondissement de sa relation avec l'autre et non pas sur le découpage de la personne malade en éléments »⁴⁰⁹. Par ailleurs, Charles Brisset souligne que « le diagnostic et le traitement ne peuvent pas être séparés en psychiatrie »⁴¹⁰.

Enfin, l'organisation hiérarchique de la psychiatrie universitaire est accusée d'être antithétique avec la logique du secteur. André Green, dans le livre blanc de 1967, pointe les réticences des psychiatres universitaires à mettre en place les changements recommandés par la circulaire, ce qu'il impute à la crainte de voir certains privilèges disparaître. Il relève la structure trop rigide des rapports hiérarchiques ainsi que l'hostilité à la pratique des psychothérapies, pourtant au cœur du projet du secteur. Charles Brisset souligne ainsi que les CHU sont inadaptés au processus d'apprentissage des internes en psychiatrie. Il décrit « le piège des illusions intellectuelles, les défenses de caractères, les relations ambiguës entre maître et élève, le désir de s'approprier la puissance prêtée au "patron", tout cela est contradictoire avec la formation du psychiatre »⁴¹¹.

2.2 1968-1969 : l'amorce d'une victoire pour les psychiatres des HP

Dans un premier temps, la période qui s'ouvre à l'issue des journées psychiatriques voit un certain nombre des revendications qui y ont été formulées obtenir satisfaction. En 1968, trois réformes importantes marquent à la fois la reconnaissance de la spécificité de la discipline et la normalisation de son statut au regard du droit hospitalier et du droit civil. Elles aboutissent à la création d'une spécialité indépendante de la neurologie, à l'assimilation des HP aux hôpitaux généraux et à la modernisation du droit des incapables majeurs. La profession s'engage alors dans une dynamique de croissance. Celle-ci résulte de ces réformes, mais aussi de l'impulsion

⁴⁰⁸ (Brisset, 1972) page 59

⁴⁰⁹ Ibid. page 155

⁴¹⁰ Ibid. page 176

⁴¹¹ Ibid. page 186

donnée à la sectorisation au début des années 1970 et de l'intérêt nouveau suscité après 1968 dans la société française par les questions « psys ». On assiste à la multiplication des chaires de psychiatrie dans les universités, du nombre de spécialistes de la discipline, ainsi qu'à la diversification de l'offre de soin en santé mentale.

En décembre 1968, le ministre l'Éducation nationale, Edgar Faure, substitue au certificat de neuropsychiatrie deux certificats distincts de psychiatrie et de neurologie. La réforme prévoit la création d'une commission nationale et de commissions de faculté, en charge d'organiser les formations, qui incluent la participation des médecins des HP. La procédure permet ainsi à certains d'entre eux d'accéder à des chaires sans avoir à passer l'agrégation, comme Philippe Paumelle, promoteur de l'expérience du treizième arrondissement à Paris. Rétrospectivement, un ancien chef de service hospitalo-universitaire que j'ai interrogé justifie cette mesure en soulignant que les psychiatres des HP disposaient d'une expertise propre inaccessible aux universitaires. Il dit : « eux avaient une expérience de terrain, ils voyaient les pathologies plus chroniques, plus fixées, ils voyaient plus aussi, je vais dire d'une manière caricaturale et grossière, ils voyaient plus l'environnement de misère sociale que nous, nous je vous le dis, c'était un peu écrémé » (entretien avec l'ancien chef de service). Il décrit en miroir les compétences des psychiatres universitaires dans l'enseignement aux internes : « on savait faire des recherches, on savait avoir les thérapeutiques avancées, mais on n'était pas vraiment des tout-terrain » (entretien avec l'ancien chef de service). Outre la réorganisation du corps enseignant, la réforme met en place un accès dérogatoire à la spécialité. Elle substitue le concours de l'internat — préservé pour les autres spécialités — par une « année probatoire », une sorte de période d'essai d'un an ouverte à tous les étudiants à l'issue de l'externat. Après celle-ci, une sélection est supposée pouvoir avoir lieu. C'est spécifiquement cette mesure qui permet la croissance rapide du nombre de psychiatres en France dans les années 1970.

La mise en œuvre de ces mesures est par ailleurs facilitée par la réforme des universités adoptée dans le contrecoup des mobilisations de mai 1968. Celle-ci conduit en particulier au démantèlement des grandes universités et à la création d'une série d'établissements décentralisés. En région parisienne, l'université de Paris se voit ainsi remplacée par 13 universités indépendantes et le processus suit le même cours, à plus petite échelle, en province. La réforme favorise également la multiplication des chaires de psychiatrie. Entre 1966 et 1979, le nombre de services de psychiatrie au sein d'hôpitaux généraux passe de 15, avec 10 000 lits, à 107, soit 18 728 lits⁴¹².

⁴¹² (Ministère de la Santé et de la sécurité sociale, 1980)

La psychiatrie hospitalière est quant à elle réformée par la loi de finances 1969 qui aligne le statut des hôpitaux psychiatriques sur celui des hôpitaux généraux. Les médecins des HP obtiennent le même statut que leurs collègues et des postes à temps partiel sont créés dans les établissements pour faciliter les collaborations avec la psychiatrie libérale. La réforme a par ailleurs pour conséquence de faire de l'hospitalisation libre le mode d'admission normal dans les hôpitaux psychiatriques. Associée à la réforme du droit des incapables majeurs adoptée en janvier 1968, elle transforme profondément le statut de la maladie mentale et la relation des malades aux psychiatres. Devenue un statut d'exception, l'hospitalisation sous contrainte ne se traduit plus par la suspension des droits civiques, laquelle repose sur une procédure spécifique encadrée par la justice.

Enfin, le début des années 1970 est marqué par la relance de la politique de sectorisation. Les plans d'organisation départementale institués par la circulaire de mars 1960 sont mis à jour, le ministère de la Santé publie une série d'incitations pour que les médecins des hôpitaux psychiatriques développent des pratiques de secteur. En outre, des instruments sont forgés pour faciliter les coopérations avec la psychiatrie libérale et les différents services susceptibles de participer à l'action de secteur. Une partie des services de psychiatrie universitaire sont sectorisés. À Paris, le processus concerne le Service hospitalo-universitaire de l'hôpital Sainte-Anne, créé par scission de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME) après le départ à la retraite de Jean Delay⁴¹³. La sectorisation apporte ainsi à ces services une nouvelle patientèle : « Des vieilles schizophrénies, des schizophrénies qu'on ne peut pas faire sortir, totalement inadaptées chez elles, les démences séniles, qui n'ont pas d'entourage. Aussi les grandes dépressions qu'on appelait "vésanisées", des déprimés qui deviennent déments, des pathologies lourdes » (entretien avec l'ancien chef de service).

2.3 Entre clinique et recherche : fonder la psychiatrie biologique

Les réformes institutionnelles de la période donnent un élan à une psychiatrie clinique nourrie par les sciences humaines. De façon plus discrète, une partie du segment universitaire de la profession s'engage dans un renouvellement de ses manières de travailler et de produire les savoirs, à la faveur de la biomédicalisation qui affecte la recherche médicale dans son ensemble. Cette approche est baptisée psychiatrie biologique par ses tenants.

⁴¹³ Cette dernière, comme les services des hôpitaux généraux de Paris et de proche banlieue - la Pitié Salpêtrière, du Kremlin Bicêtre, de Saint Antoine, ou de Lariboisière -, reste en revanche en dehors du dispositif sectorisé.

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, la recherche en psychiatrie était l'œuvre de psychiatres isolés qui parvenaient à rassembler une installation de laboratoire dans leur service, et de quelques chercheurs du centre national de la recherche scientifique (CNRS). À l'hôpital Sainte-Anne par exemple, le dispositif de recherche reposait sur le laboratoire universitaire de la CMME, sur quelques chercheurs du CNRS travaillant dans les laboratoires de l'hôpital Henri Rousselle et sur un laboratoire créé dans son appartement de fonction par un des médecins-chefs de l'établissement. Le tournant des années 1960 transforme profondément ce paysage, d'une part par le renforcement du financement de la recherche fondamentale. D'autre part, celle-ci se structure autour de la délégation générale à la recherche scientifique et technique (DGRST) fondée en 1961, et, dans le champ de la recherche biomédicale, de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) formé en 1964. Ces mutations favorisent la construction de laboratoires en dehors des services cliniques. Elles encouragent également la mise en place de nouveaux liens avec la recherche clinique. À Sainte-Anne, sont ainsi ouverts quatre laboratoires INSERM, dont celui de neuro-psychopharmacologie dirigé par Jean Thuillier. Ils sont réunis dans un bâtiment dédié à la recherche et qui est inauguré en 1970, le centre Paul Broca. La DGRST et l'INSERM attribuent aussi des subventions aux équipes hospitalières leur permettant de développer la recherche clinique et la recherche fondamentale.

Les années 1970 voient la dynamique créée autour des laboratoires se renforcer alors que la gestion des essais cliniques est récupérée par l'industrie pharmaceutique. Jusque-là, la recherche sur les nouveaux médicaments était menée par les cliniciens, universitaires ou non, auxquels les firmes distribuaient des échantillons à tester, les laissant monter à leur guise les études⁴¹⁴. La recherche était ainsi organisée et diffusée dans un cadre national, l'objectif étant pour les firmes d'atteindre les praticiens par l'intermédiaire de leurs leaders professionnels. L'évolution des procédures de mise sur le marché conduit à une standardisation des essais et permet à l'industrie pharmaceutique de reprendre en main ceux précédant la commercialisation. Elles s'appuient sur les CHU pour recruter des patients à inclure dans les études. Le mouvement entraîne également une réorganisation des firmes qui fusionnent leurs services de recherche et développement avec ceux chargés du marketing des molécules⁴¹⁵. La recherche pharmaceutique devient dans son ensemble une recherche orientée par le marché. Les psychiatres continuent certes de mener eux-mêmes quelques essais thérapeutiques. Cependant, le but n'est plus de tester de nouveaux traitements, mais de montrer l'efficacité et l'intérêt de telle association, de telle dose ou encore de tel médicament « oublié » ou utilisé dans d'autres

⁴¹⁴ (Majerus, 2013)

⁴¹⁵ (Gerber & Gaudillière, 2016)

pathologies. Le mouvement conduit surtout une partie des universitaires à réorienter leur effort de recherche vers des projets plus fondamentaux.

Dans les années 1970, ces psychiatres adoptent l'expression de « psychiatrie biologique », par opposition à la psychiatrie sociale promue par les artisans du secteur, pour caractériser à la fois leur projet professionnel et épistémologique⁴¹⁶. Celui-ci est notamment théorisé en 1975 par Pierre Deniker dans l'éditorial du premier numéro du Journal *l'Encéphale*, qu'il vient de relancer et qu'il dirige désormais après une interruption d'un an. Intitulé « pour la psychiatrie biologique », le texte est un appel solennel face au risque que des pratiques de recherche portées par les centres universitaires disparaissent.

« La rédaction de notre revue se présente elle-même comme un groupe français de psychiatres biologique. Il ne s'agit naturellement pas d'une réaction polémique, mais d'une attitude de respect pour la place qu'il convient de sauvegarder pour les travaux concernant les relations entre la vie psychique et le fonctionnement biologique »⁴¹⁷.

Quatre ans plus tard, P. Deniker fonde l'association française de psychiatrie biologique (AFPB) : chargée d'organiser des réunions d'experts, de produire des recommandations professionnelles ou de financer des recherches, elle vise ainsi à structurer le milieu. Ainsi, le début des années 1980 voit se cristalliser l'antagonisme entre les tenants d'une psychiatrie sociale d'une part, et ceux d'une psychiatrie biologique d'autre part. Cette configuration est rendue possible par un ensemble de réformes qui instaurent un équilibre entre les deux camps. Celui-ci est rompu dans les années suivantes à la faveur des psychiatres universitaires qui reprennent le contrôle sur la profession.

3. La psychiatrie universitaire réaffirme son hégémonie (1985-2000)

Si les années 1970 consacrent la psychiatrie hospitalière, la seconde moitié des années 1980 marque un retournement de conjoncture et voit la psychiatrie universitaire retrouver une place dominante dans la profession. Pour une part, ce mouvement est favorisé par le reflux de l'engouement suscité par la sectorisation. Comme l'a souligné Nicolas Henckes,

⁴¹⁶ Nicolas Henckes, Marie Odile Krebs et Marie France Poirier dans (Henry et al., 2016). Dans les années 1940 puis 1950, le terme de « thérapeutiques biologiques » se répand pour décrire certains types de traitements parmi lesquels figurent les chocs, la lobotomie ou les pyrétothérapies, en opposition aux psychothérapies. L'usage de telles thérapies n'est cependant pas le marqueur d'une identité de groupe. Un « mouvement pour une psychiatrie biologique » est lancé en 1947 à l'initiative d'un psychiatre des hôpitaux, mais celui-ci reste confidentiel.

⁴¹⁷ Deniker Pierre (1975), « Pour la psychiatrie biologique », *Encéphale*, n°1, p.5-7 cité dans (Masson et al., 2016)

dès la fin des années 1970 celle-ci est entrée « dans une phase de routine marquée par le recul des ambitions, la perte d'un engagement »⁴¹⁸. Ce dernier est lié au sentiment, parmi les psychiatres, de ne pas recevoir le soutien dont ils auraient besoin de la part des autorités. Il est également consécutif à la persistance des pratiques asilaires et à la difficulté des équipes face aux situations de maladie mentale chronique. Les psychiatres universitaires, eux, tirent profit de plusieurs dynamiques et réformes affectant respectivement l'enseignement de la psychiatrie, la recherche et l'organisation hospitalière.

3.1 La réforme du diplôme d'études spécialisées : reprendre la main sur l'enseignement de la discipline

Au milieu des années 1980, la création des diplômes d'études spécialisées (DES) permet en effet aux psychiatres universitaires de retrouver leur monopole sur l'enseignement de la discipline. La réforme de 1968 a été rapidement jugée insatisfaisante par l'ensemble de la profession. Le titre conféré par la réussite au concours de l'internat continue de prévaloir sur celui du CES. Par ailleurs, les programmes de formation sont établis localement par les facultés, et les CES ne donnent pas tous accès aux mêmes postes. En outre, ce système hétérogène échoue à maîtriser le nombre de spécialistes.

L'évolution du dispositif est mise en œuvre à la fin des années 1970 à la faveur d'une série de réformes engagées pour contrôler les coûts de santé et réguler la démographie médicale. Des directives sur l'harmonisation des programmes des spécialistes sont énoncées en 1975 puis la loi relative aux études médicales et pharmaceutiques est proposée en 1979, votée en 1982 et appliquée à partir de 1985. Elle prévoit le remplacement des CES par des DES et modifie les conditions d'accès aux statuts hospitalo-universitaires. L'ensemble des candidats à une spécialité doivent dès lors passer le concours national de l'internat. Selon leur classement, ils peuvent choisir la ville et la spécialité de leur internat, qui dure entre 3 et 5 ans. Le DES est obtenu après la validation d'une maquette qui énonce le type de stages à réaliser et les cours à suivre. Ces maquettes sont gérées par les commissions administratives des facultés⁴¹⁹. Cette réforme a pour objectif de former plus de médecins généralistes, d'harmoniser les diplômes à l'échelle nationale et européenne, mais aussi d'ajuster le nombre de spécialistes en fonction des besoins territoriaux. Elle met surtout fin à l'expérience du CES de psychiatrie. L'enseignement

⁴¹⁸ (Henckes, 2007) p.582

⁴¹⁹ (Hardy-Dubernet et al., 2001)

de la discipline est aligné sur le même modèle que les autres spécialités et son contrôle est remis dans les mains des seuls psychiatres universitaires et de l'administration des facultés.

3.2 Renforcer les liens entre recherche clinique et fondamentale

Avec la création des DES, l'accès à l'élite universitaire est conditionné par la publication d'articles médicaux et scientifiques, lesquels constituent de nouveaux critères d'excellence⁴²⁰. Jusque dans les années 1980, les universitaires étaient nommés sur « titres et travaux » : au cours d'un jury, les candidats devaient présenter leurs écrits et leur implication dans la profession. À partir de 1982, l'accès aux postes de MCU-PH (maître de conférences praticien hospitalier) et de PU-PH (professeur des universités praticien hospitalier) dépend de façon croissante de compétences scientifiques. Celles-ci sont sanctionnées par le nombre de publications dans des revues internationales à comité de lecture.

Le mouvement contribue ainsi à renforcer l'imbrication entre recherche clinique et fondamentale. L'ancien chef de service que j'ai interrogé décrit bien l'esprit qui s'installe alors dans les services universitaires : « les recherches fondamentales qu'on faisait [dans les années 1980] se faisaient en clinique. C'est-à-dire que c'était sur des malades hospitalisés et traités qu'on faisait ça. Donc on ne peut pas faire de séparation entre la recherche fondamentale et la clinique. Ça allait de pair » (Entretien avec l'ancien chef de service). Lui-même mène une série d'études sur les monoamines dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Ces articles paraissent en anglais dans des revues internationales, contrairement à ses publications antérieures, toutes en français. Ces recherches sont financées à la fois par le CNRS, l'INSERM, mais aussi par l'industrie pharmaceutique.

La coopération entre services cliniques et laboratoires est facilitée dans les années 1990 par de nouveaux moyens et la création d'instruments organisationnels inédits. L'INSERM finance des postes de chargés de recherche et localement, on monte des commissions de recherche clinique. Par ailleurs sont créés des instituts fédératifs de recherche (IFR) qui formalisent des collaborations entre unités de recherche et services cliniques en 1998. Les psychiatres universitaires de cette décennie passent généralement un deuxième doctorat en sciences fondamentales afin d'être nommés professeurs des universités, qui devient alors obligatoire⁴²¹. Ainsi, jusque dans les années 1980, l'essentiel des recherches financées par

⁴²⁰ (Pinell, 2004)

⁴²¹ Georges Weisz pointe que certains médecins de l'élite hospitalière passent une thèse de science depuis le milieu du XIXe siècle. Ce qui change dans les années 1990, c'est le caractère obligatoire de cette thèse pour accéder aux

l'INSERM relevait de l'épidémiologie et de la psychopharmacologie. Les années 1990 voient les sciences du cerveau prendre l'ascendant, tandis que les références à la psychanalyse, qui pouvaient encore être mobilisées par certains universitaires, sont abandonnées.

3.3 Le triomphe de l'hôpital universitaire comme « plateau technique »

Dans le même temps, une troisième série de réformes est mise en œuvre au début des années 1980. Elle vient transformer l'organisation des établissements et renforcer la position privilégiée des services universitaires. Visant à contenir les dépenses hospitalières, et en partie inspirées de modèles à l'œuvre dans les entreprises privées, ces réformes s'efforcent avant tout de minimiser leur fonction hôtelière pour en augmenter la dimension technique. Leurs promoteurs critiquent la bureaucratie hospitalière, face à laquelle ils voudraient que soit consolidé le pouvoir de décision des médecins. Pour cela, ils se font les défenseurs d'une concentration des services et des lieux de soin.

Ainsi, la loi du 3 janvier 1984 prévoit le découpage des établissements hospitaliers en départements regroupant plusieurs services et celui de ces derniers en unités fonctionnelles. Celles-ci sont appelées à devenir les structures élémentaires de l'organisation des hôpitaux⁴²². La réforme donne en fait une plus grande indépendance, et un statut administratif officiel, à des unités qui existaient déjà auparavant. Les départements, quant à eux, regroupent des services selon la nature des affections prises en charge ou le type d'activités réalisées. Un décret promulgué la même année crée par ailleurs le poste de chef de département, prévu pour être occupé par un médecin. Sa mission est d'arrêter des objectifs, définir les modalités d'utilisation du matériel ou encore désigner les responsables des unités fonctionnelles. Vivement contestée par les chefs de service, la loi voit dans un premier temps son application être contrecarrée par la conception, avec la loi du 24 juillet 1987, des commissions médicales d'établissement (CME). Cette dernière redonne du pouvoir de décision aux chefs de service. L'échec de la départementalisation est entériné par la loi du 31 juillet 1991 qui consacre le service comme niveau d'organisation élémentaire entre l'établissement et les unités, notamment à travers le projet de service. La loi prévoit en particulier de laisser une grande marge de manœuvre aux

postes d'universitaires. À titre d'exemple, Marie-Odile Krebs, ancienne cheffe de pôle du SHU de Sainte -Anne a ainsi soutenu une thèse de sciences biologiques et fondamentales appliquées en 1992. Elle est nommée PU-PH en 2005

⁴²² Selon la bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale : <https://www.bnds.fr/dictionnaire/uf.html>

chefs de service pour déterminer l'organisation des unités fonctionnelles. Les chefs d'unité sont nommés par le conseil d'administration ou par le ministre de la Santé après avis de la CME. L'ordonnance du 24 avril 1996 poursuit la rationalisation du dispositif en planifiant le contrôle des dépenses à l'échelle de la région par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Chargées de réduire les inégalités localement, elles doivent orchestrer les collaborations entre établissements dans des groupements de coopération sanitaire et monter les procédures d'évaluation et d'accréditation⁴²³.

L'ensemble de ces réformes contribuent à renforcer la position centrale de l'hôpital technique dans le système de santé. Les services universitaires de psychiatrie tirent ainsi parti des traitements innovants ou contestés qu'ils sont les seuls à utiliser. Leur implantation au sein d'hôpitaux généraux leur permet par ailleurs de bénéficier des moyens de la réanimation et, dès lors, de mettre en œuvre des traitements susceptibles d'entraîner des effets indésirables graves. Aussi, lorsqu'en 1994, un décret rend obligatoire la réalisation des séances d'ECT en salle de réveil, celles-ci sont relocalisées dans les services universitaires. Ceux d'entre eux qui se sont sectorisés se dotent alors de nouvelles unités fonctionnelles pour accueillir d'autres patients que ceux des HP. Le SHU de Sainte-Anne, par exemple, ouvre ainsi successivement une unité d'hospitalisation universitaire non sectorisée puis un hôpital de semaine dans lequel sont menés des bilans médicaux, neuropsychologiques, sanguins et sont prescrites des techniques innovantes. Ces deux unités permettent notamment de recevoir la clientèle de patients qualifiés de résistants. C'est précisément l'extension de cette spécialisation des services universitaires, couplée à la création de vastes réseaux de coopération, qui contribue à intensifier le rôle prépondérant du segment dans la période récente.

4. La psychiatrie universitaire et ses réseaux (2000-2022)

La circulaire de mars 1960, comme le *Livre blanc* de 1965-1967, suggérait que l'organisation des services universitaires était incompatible avec la logique du secteur. Leurs auteurs soulignaient notamment la contradiction entre leur conception de la maladie mentale et le principe de spécialisation. Quarante ans plus tard, en 2003, un nouveau *Livre blanc de la psychiatrie*, publié par la Fédération française de Psychiatrie (FFP)⁴²⁴, permet de mesurer le

⁴²³ C'est à cette occasion qu'est créée une agence indépendante, l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) qui produit des recommandations de bonne pratique

⁴²⁴ (Fédération française de psychiatrie, 2003). La FFP a été créée une décennie plutôt à l'initiative de l'Inserm pour remettre de l'unité dans une discipline balkanisée. Elle rassemble alors 24 organisations savantes et professionnelles.

chemin parcouru. Il rassemble quatorze rapports sur des questions aussi variées que : « le rôle de la psychiatrie clinique dans la recherche », ou « le bouleversement des classifications internationales ». Les singularités des services universitaires n'apparaissent plus comme un problème.

« [Le service universitaire] occupe à plusieurs niveaux une place particulière dans l'organisation des soins en santé mentale, en raison de la spécificité de ses missions, qui concernent à la fois le soin, l'enseignement et la recherche. [...] La psychiatrie hospitalo-universitaire occupe de fait une position charnière entre les professionnels de la santé et les structures d'enseignement et de recherche »⁴²⁵.

La spécialisation des services dans le diagnostic et le traitement de maladies particulières est même valorisée :

« La plupart des services hospitalo-universitaires de psychiatrie sont sectorisés. La très grande majorité d'entre eux est située en hôpital général. Ils ont vocation à développer des compétences spécifiques et à jouer un rôle moteur dans l'innovation en matière de soin qui peut s'exprimer de façon très diverse : introduction de nouvelles techniques thérapeutiques, spécialisation dans la prise en charge de certaines pathologies, développement de réseaux coopératifs avec l'ensemble des acteurs intéressés par une collaboration dans des domaines spécialisés »⁴²⁶.

Les années 2000 voient ainsi les services universitaires consolider la position dominante qu'ils ont acquise dans la période précédente. Ils le font à la fois vers l'intérieur et vers l'extérieur. Vers l'intérieur, les unités sont restructurées autour d'une dynamique de spécialisation. Vers l'extérieur ensuite : au cours des années 2010, ceux-ci construisent de larges réseaux par lesquels ils se lient mutuellement par l'intermédiaire des groupements d'hôpitaux et de facultés, mais aussi de fondations promouvant la recherche.

4.1 Renforcer sa position dominante par la spécialisation

Les années 2000 voient la psychiatrie universitaire renforcer son organisation et son assise au sein de la profession. En premier lieu, s'amorce un mouvement de réorganisation des

⁴²⁵ Ibid p.23

⁴²⁶ Ibid p.24

services autour d'unités spécialisées. À l'instar des autres branches de la médecine, l'enjeu est de leur permettre de mettre en avant un ou plusieurs domaines d'expertise. Il peut s'agir de certaines pathologies, d'un âge, d'une phase de la maladie (maladie débutante ou résistante), ou d'un type d'activité clinique principale (diagnostique ou thérapeutique). C'est dans ce contexte qu'émergent des unités spécialisées dans l'évaluation et le traitement des dépressions résistantes.

Ensuite, l'articulation de la clinique et de la recherche est, quant à elle, renforcée par d'autres innovations institutionnelles. L'INSERM multiplie le nombre de ses équipes de recherche en psychiatrie⁴²⁷. Les hôpitaux se dotent par ailleurs de centres de recherche clinique pour coordonner la recherche biologique et en imagerie. C'est dans ce contexte qu'on peut comprendre l'hybridation récente entre des consultations spécialisées dans les dépressions résistantes et des programmes de recherche à grande échelle. L'étude de biomarqueurs pouvant expliquer le phénomène de résistance aux traitements est mise à l'agenda de plans de recherche clinique et fondamentale. Ce sont également ces nouvelles structures qui organisent les essais autour de certaines molécules.

Enfin, les psychiatres universitaires s'assurent de garder la mainmise sur un ensemble d'outils de diffusion et de régulation de l'information médicale, comme les sociétés savantes, les journaux et les congrès. Il existe actuellement de nombreuses sociétés savantes, ou associations scientifiques constituées autour de maladies, comme l'association française des troubles obsessionnels compulsifs (AFTOC), ou de méthodes thérapeutiques, comme l'association française des thérapies cognitives et comportementales. En 2011, L'AFPB est devenue l'association française de psychiatrie biologique et de neuropsychopharmacologie (AFPBN). Elle publie des recommandations sur des sujets comme la modulation cérébrale par matériel d'implantation, sur la stimulation transcrânienne ou sur la psychopharmacologie. La plupart de ses membres sont des psychiatres universitaires. Ceux-ci ainsi que d'anciens chefs de cliniques ou praticiens hospitaliers de ces services sont à la tête des principales revues professionnelles de langue française. Les rédacteurs en chef de *L'Encéphale* sont le chef de pôle du SHU de Sainte-Anne et le directeur d'une des cliniques avec qui ce service travaille. Ils sont également dans le comité scientifique d'un congrès, appelé lui aussi l'Encéphale, aux côtés du chef de service de psychiatrie de la Pitié-Salpêtrière et d'un psychiatre libéral, ancien chef de clinique du SHU de sainte Anne. Le congrès existe depuis 2002 et est présidé par deux anciens chefs de service du SHU. L'autre Congrès français d'envergure est le Congrès français

⁴²⁷ (Henry et al., 2016)

de psychiatrie. Contrairement au premier, il est présidé géré par des PU-PH ainsi que par des psychiatres non universitaires de toute la France. Ces revues et congrès ont pour partenaires des acteurs privés du soin, en particulier des firmes pharmaceutiques. Celles-ci sont présentes lors des congrès et présentent leurs produits. En outre, l'industrie pharmaceutique organise des rencontres entre médecins, des colloques ou des journées d'étude.

4.2 S'organiser en réseau

Au-delà de ces sites traditionnels de son pouvoir, les années 2000 et 2010 voient la psychiatrie universitaire investir de nouvelles formes organisationnelles à travers la création d'un ensemble de réseaux. Ceux-ci lui permettent à la fois d'élargir son influence et de développer des manières inédites de mener des recherches reposant sur la constitution de bases de données. Ils sont de deux types : des réseaux hospitaliers visant à structurer l'offre de soin et les réseaux professionnels et de recherche.

4.2.1 Relier des services, des hôpitaux et des universités

Les réformes hospitalières promulguées à partir du début des années 2000 ont placé les services universitaires de psychiatrie au centre de vastes réseaux organisant l'offre de soin. Elles renforcent les liens entre les services d'une part, et avec les facultés et la recherche de l'autre. Ainsi, l'ordonnance du 2 mai 2005 revient sur la tentative infructueuse de créer des départements de 1984 et impose à tous les établissements de santé de se doter de pôles d'activités cliniques et médicotechniques. La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009, consolide la structuration interne en pôles d'activités. Les directeurs ont une relative liberté pour décider de la constitution de ces pôles, en accord avec le projet médical d'établissement et du président de CME. Nommés par le directeur, les chefs de pôle ont pour rôle d'organiser sa politique.

Dans les CHU, la formation des pôles s'est appuyée sur les découpages des spécialités à l'université. Il se fait ainsi en fonction de la proximité anatomique des organes traités par les différentes disciplines (la cardiologie et la pneumologie par exemple), le type d'activité ou encore la population ciblée. Pour les établissements monodisciplinaires, notamment en psychiatrie, ces groupements se sont faits d'après une logique de contiguïté géographique⁴²⁸.

⁴²⁸ (Domy, 2009)

Ces deux dynamiques expliquent le destin contrasté des services de psychiatrie selon leur localisation : dans les CHU, ils ont généralement été rattachés à des pôles incluant la neurologie ou la neurochirurgie ; les services situés dans des centres spécialisés, quant à eux, sont restés le plus souvent entre eux dans des pôles exclusivement psychiatriques.

En outre, la loi HPST encourage la coopération entre les établissements dans des communautés hospitalières territoriales. Ces communautés sont prévues pour être structurées autour des plateaux techniques des CHU et des CHR. Elles reposent sur des conventions basées sur le volontariat permettant la mise en commun des moyens de plusieurs centres hospitaliers d'une même région. La loi a aussi été à l'origine des agences régionales de santé (ARS) à partir du rapprochement des ARH et des directions de la sécurité sociale. Les ARS doivent piloter à l'échelle de la région la politique de santé publique, en particulier en termes de prévention, organiser l'accès territorial aux soins et favoriser les coopérations entre établissements.

Cette dernière tentative est prolongée avec la loi du 21 janvier 2016 dite de « modernisation de notre système de santé ». Cette loi prévoit la création de groupements hospitaliers de territoire (GHT) par les ARS, venant remplacer les CHT de 2009, au succès mitigé. Contrairement à ces derniers, les GHT sont obligatoires pour les établissements publics de santé. Elles doivent permettre d'atteindre trois objectifs : « un objectif de prise en charge commune et graduée du patient ; un objectif de rationalisation économique ; un objectif de renforcement des liaisons avec le CHU, et par voie de conséquence, la réaffirmation du renforcement du rôle régional du CHU » (p.25-27). L'objectif de prise en charge commune des patients doit notamment « [garantir] une offre de proximité, de référence et de recours »⁴²⁹. En outre, les GHT doivent permettre la création de modes de prise en charge qualifiés d'innovants, comme les soins ambulatoires. La réforme implique la détermination de périmètres rassemblant tous les établissements membres autour d'un établissement « support ». Celui-ci se charge de coordonner les « fonctions supports », en particulier la gestion des achats.

Cette loi ne s'applique pas de la même manière à l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP). Ses établissements ont été réunis en groupements hospitaliers universitaires (GHU) en fonction de leur université de rattachement dans le cadre d'une démarche de transformation baptisée « nouvelle AP-HP »⁴³⁰. En parallèle, les pôles d'activités ont été remplacés par des départements médico-universitaires (DMU). Les DMU auront « vocation à réunir plusieurs services et unités fonctionnelles autour d'une logique de soin, organisée en

⁴²⁹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>

⁴³⁰ (Carvalho, 2020)

filière, et d'une logique universitaire et d'enseignement, de recherche et d'innovation en santé »⁴³¹. Ainsi, les hôpitaux de la Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine et Tenon ont été rassemblés dans le GHU AP-HP Sorbonne Université. Les hôpitaux Bichat Claude-Bernard, Lariboisière et Fernand-Widal dépendent du GHU AP-HP Nord Université de Paris. En 2019, parallèlement, l'hôpital Sainte-Anne s'est associé avec les hôpitaux psychiatriques de Maison blanche et de Perray-Vaucluse pour former le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, qui sont liés à l'Université de Paris⁴³². On notera que les établissements des GHU AP-HP Nord Université de Paris et du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences ont la même université de rattachement et sont ainsi amenés à collaborer sur des projets d'enseignement communs.

4.2.2 Organiser des réseaux professionnels et de recherche

Un dernier type de réseau émerge à la fin des années 2000 et vise à organiser la recherche, l'enseignement et les soins à partir de financements nationaux et européens. Deux réseaux concurrents ont joué un rôle particulièrement structurant dans la psychiatrie française : la fondation FondaMental et l'institut de psychiatrie. Le premier est à l'origine des centres experts en France métropolitaine, dont certains d'entre eux sont dédiés aux dépressions résistantes. Le second a favorisé, entre autres actions, la création du centre d'évaluation des pathologies résistantes (CENPARE) à Sainte-Anne. Ils naissent de la nécessité de formaliser l'association entre des centres hospitaliers et de recherche dans le but de mener des essais multicentriques. Ils présentent pourtant de nombreuses différences, qui révèlent des façons contrastées d'aborder la question des troubles résistants. Celles-ci s'expriment dans le mode d'organisation des unités, le type de pathologies prises en charge, de bilans proposés, de déploiement des traitements, l'articulation entre clinique et recherche, le genre de contrôle social sur la pratique des collègues adresseurs et enfin sur la manière de gérer la politique de ces réseaux.

L'institut de psychiatrie et le CENPARE

L'institut de psychiatrie a été créé en 2012 à l'initiative de la cheffe de pôle du SHU de Sainte-Anne. « Il rassemble des équipes de recherche du Groupe de Recherche en Psychiatrie,

⁴³¹ <http://hupifo.aphp.fr/dmu/>

⁴³² <https://www.ghu-paris.fr/fr/presentation-de-letablissement>

des équipes cliniques, universitaires ou de secteurs, ainsi que des sociétés privées spécialisées dans les biotechnologies »⁴³³. En 2013, l'institut a contribué à la réorganisation de la consultation spécialisée dans les troubles résistants du SHU et donné naissance au CENPARE. Ce dernier a récemment reçu le label du centre d'excellence thérapeutique de l'Institut de psychiatrie (CETIP). Leur site internet indique « Les CETIP ont pour vocation d'offrir, sur un territoire régional, des soins innovants, en lien direct avec la recherche et les nouvelles pratiques, centrés soit sur des populations ciblées soit pour des pathologies résistantes ». 10 labels du CETIP ont été attribués à des services universitaires en France. Cette labélisation constitue la reconnaissance d'un certain prestige et pour laquelle les services universitaires entrent en concurrence. Le plus souvent, ce sont des unités déjà fonctionnelles qui le demandent.

La psychiatre qui a été désignée pour réorganiser le CENPARE décrit comment ils ont renforcé une filière d'adressage préexistante de pathologies résistantes. Les patients qui sont reçus ont des dépressions, des troubles bipolaires ou des schizophrénies. Les troubles anxieux et les TOC ne le sont pas, car ils impliquent des techniques dont disposent d'autres centres universitaires parisiens spécialisés dans ces pathologies. Jusqu'alors, les malades étaient adressés en consultation dans le service pour des problèmes très variés. La psychiatre responsable me dit en entretien « Donc c'était cette consultation qui existait depuis de nombreuses années et qu'on a reconstruite. On l'a orientée sur une vraie mission de service universitaire, qui est une mission de recours de façon à venir aider nos collègues de niveau 2, donc déjà spécialistes dans la prise en charge des patients et pour lesquels les premières lignes de traitement, ce qu'eux peuvent offrir, ne suffisaient pas » (entretien avec la responsable du CENPARE). Les patients sont adressés par leur psychiatre, libéral, de secteur ou de cliniques privées, sans considération pour leur lieu de résidence⁴³⁴. Les soignants se réunissent de façon hebdomadaire pour échanger sur les courriers d'adressage. Ils définissent le type d'évaluations à organiser, d'exams complémentaires à demander, de comptes rendus à solliciter et éventuellement d'anticiper la nécessité d'un séjour à l'hôpital de semaine. Ils sont reçus en consultation par une infirmière puis un psychiatre, et parfois par une psychologue et une neuropsychologue. Des bilans sanguins et une IRM cérébrale sont pratiqués afin de chercher des facteurs favorisant la résistance aux traitements. Après en avoir discuté en réunion de synthèse, un compte rendu est envoyé aux patients et aux médecins à l'origine de la demande.

⁴³³ <https://institutdepsychiatrie.org/linstitut/#quisommesnous>

⁴³⁴ Les patients peuvent résider à Paris, en banlieue, en province et même à l'étranger

Les psychiatres font des recommandations thérapeutiques aux psychiatres adresseurs et aux patients, mais peuvent aussi organiser une prise en charge dans leur service. Dans cette situation, les patients sont généralement adressés à l'hôpital de semaine du service pour réaliser un bilan plus complet et administrer des traitements spécifiques. Ces traitements sont la rTMS, la stimulation directe, une cure d'ECT ou encore des perfusions de kétamine. Les patients peuvent alors être inclus dans des protocoles de recherche. Par ailleurs, la responsable de l'unité voit ces centres comme une façon d'éduquer les médecins constituant le réseau d'adressage aux bonnes pratiques, telles qu'ils les définissent. Elle pointe que les conseils donnés pour certains patients soient bénéfiques en retour à d'autres : « moi ça me touche beaucoup, quand je vois quand les patients nous sont adressés, qu'ils ont eu ce qu'on avait recommandé pour d'autres patients. C'est ça et qui est le but ultime en fait. C'est ça l'objectif, que ça ne serve pas qu'à ce patient, mais que ça serve aux praticiens aussi » (entretien avec la responsable du CENPARE).

FondaMental et les centres experts dépression résistante

La fondation FondaMental est créée en 2007 à l'initiative du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche⁴³⁵. Il s'agit d'un réseau de 33 services hospitaliers de psychiatrie, pour la plupart universitaires, mais aussi de cliniques, de 54 laboratoires de recherche publics ou privés et de 7 « plateformes technologiques de pointe ». Les visées de cette fondation sont résumées par son slogan : « La recherche avance, les maladies mentales reculent ». Elle se présente donc sous la forme d'une psychiatrie dont l'horizon est de triompher des maladies mentales. Dans le rapport annuel de 2019⁴³⁶, le vocabulaire guerrier est, là encore, omniprésent : il faut mener un « combat pour prendre de vitesse les maladies mentales », c'est une lutte contre la maladie, le désespoir et la stigmatisation. La fondation s'engage dans cette bataille par plusieurs voies : « Les innovations à l'œuvre dans le champ de la psychiatrie sont annonciatrices de réels progrès, et l'urgence de la situation rend notre engagement vital. Au sein de la Fondation FondaMental, les acteurs du soin et de la recherche se mobilisent pour éviter la désolation dans laquelle se retrouvent trop souvent les malades et leurs familles, en améliorant la prise en charge des maladies mentales et en soutenant la recherche ». Ils déclarent se concentrer sur les pathologies les plus sévères, dont les troubles bipolaires, la schizophrénie, l'autisme et les dépressions résistantes. Pour encourager la recherche, la fondation propose des

⁴³⁵ https://www.fondation-fondamental.org/sites/default/files/presentation_fondamental_0.pdf

⁴³⁶ (FondaMental, 2019)

moyens de financement de projets, des prix académiques, des bourses doctorales. Elle donne également une portée politique à ses actions : elle signale que seulement 2 % du budget de la recherche biomédicale en France est alloué à la psychiatrie, contre 20 % en cancérologie. Enfin, elle se fixe pour objectif de « sensibiliser » les pouvoirs publics par des rencontres et des campagnes d'information, et de faire changer le traitement médiatique des maladies mentales.

Un des pivots de cette organisation a été la création des « centres experts ». Contrairement à l'Institut de psychiatrie qui accorde des labels d'excellence à des unités existantes, FondaMental labélise les centres qu'elle monte de toute pièce. Après la mise sur pied des centres experts trouble bipolaire, schizophrénie et syndrome d'asperger en 2009, les centres experts dépressions résistantes voient le jour en 2012. Ces derniers ont pris plus de temps faute de financements. « Ce n'est pas une notion qui est tellement comprise des décideurs de ce pays, ce que c'est la dépression résistante [...]. Schizophrénie ils comprennent à peu près, trouble bipolaire aussi, autisme aussi, après quand on rentre dans des sous-catégories qui leur sont un peu étrangères, ils sont moins enclins à soutenir » (entretien avec la fondatrice de FondaMental). Actuellement, il en existe 13 en France dont 2 en région parisienne. Ces centres sont intégrés aux hôpitaux membres du réseau⁴³⁷. Les consultations se déroulent ainsi : pendant deux jours, les patients sont évalués par différents soignants comme une infirmière, un médecin, un psychologue, une neuropsychologue... Tout comme à Sainte-Anne, des bilans sont pratiqués et des recommandations thérapeutiques sont communiquées aux patients et aux médecins adresseurs.

Cette organisation doit également permettre de constituer des cohortes de patients pour mener de la recherche clinique et fondamentale. Pour la recherche clinique, la fondation a mis au point un dossier informatisé qui est commun à tous les centres experts. Pour la recherche fondamentale, elle s'est associée à des « plateformes de recherche » qui rendent possible l'étude de facteurs impliqués dans ces pathologies : la biochimie, la biologie moléculaire, la génétique et l'imagerie cérébrale. Les prélèvements sont conservés dans une « biobanque » afin de mettre en évidence des « biomarqueurs ». L'ensemble de ces recherches doivent conduire à affiner les méthodes de staging de la résistance, d'apporter des « options thérapeutiques innovantes » et personnalisées à chaque patient. L'enjeu est également de contribuer à la diffusion de bonnes pratiques auprès des autres cliniciens, en particulier par l'élaboration de recommandations⁴³⁸, de communications lors de congrès médicaux, ou l'organisation de colloques sur le thème de la dépression résistante.

⁴³⁷ (Yroni et al., 2017)

⁴³⁸ J'ai présenté ces guidelines dans le premier chapitre

Ainsi, le CENPARE a été créé dans la continuité de l'organisation universitaire d'adressage préexistante, ce qui a impliqué de prendre en charge presque toutes les pathologies psychiatriques. Les bilans sont moins réalisés pour la recherche qu'à visée diagnostique et thérapeutique et les traitements peuvent être pratiqués sur place. La recherche est structurée de façon parallèle à l'activité clinique. Enfin, les psychiatres espèrent faire changer les pratiques de leurs collègues par diffusion de leurs pratiques. Le réseau est constitué en fédérant des centres préexistants derrière un objectif commun. Dans ce centre, le problème que pose la résistance est compris en termes d'accès aux techniques de pointe, qu'ils se proposent de régler par des évaluations spécialisées. Avec les centres experts de FondaMental, c'est très différent. Les activités cliniques et de recherche sont montées *de novo*, c'est-à-dire en dehors de toute pratique existante, et se sont concentrées sur les dépressions résistantes sans possibilité de mettre en place les traitements localement. Les bilans sont à la fois réalisés pour la clinique mais également dans le but de rassembler des cohortes de patients pour la recherche. En effet, la recherche a été placée au cœur du projet. Enfin, le mode de contrôle social sur la profession est beaucoup plus large puisqu'il concerne l'ensemble des psychiatres, par la diffusion de standards de bonne pratique, mais aussi les pouvoirs publics. La constitution du réseau se fait en alignant l'organisation de centres à partir de protocoles de recherche. Le problème principal qu'entend résoudre la fondation, ce n'est pas l'accès aux traitements, mais les limites des connaissances en psychiatrie. Celui-ci est cadré selon un vocabulaire qui mobilise l'espoir et le combat contre la maladie.

Au-delà des différences, ces deux réseaux de consultations ont des points communs. Tout d'abord, ils proposent tous deux des évaluations pluridisciplinaires. Ce point constitue un renversement à l'égard des pratiques d'adressage traditionnelles. Avec un centre expert, on n'envoie plus un malade à un clinicien renommé dont on recherche l'expertise. On l'oriente vers un groupe de professionnels doté de ressources que n'ont ni les psychiatres libéraux ni les équipes de secteurs. La consultation dépression résistante d'un des services de mon terrain suit ce modèle. Le chef de service m'a ainsi expliqué que son caractère pluridisciplinaire permettait de demander des financements, du personnel et des locaux puisque plusieurs actes peuvent être cotés. Il ajoute : « c'est tout le problème, ce sont des collègues qui nous adressent les patients et donc il faut essayer de faire en sorte que ce type de structures soient indépendantes des personnes qui les font vivre. Soit, ils demandent un avis, mais ils vont préférer avoir l'avis de quelqu'un qui a de la bouteille. Si c'est pour avoir un avis d'un jeune chef, ça ne les intéresse

pas. En revanche, si dans la journée, ils peuvent avoir un bilan neuropsychologique, une synthèse, ils se disent que c'est plus intéressant » (extrait d'entretien avec le chef de service).

Conclusion du chapitre 4 :

Les psychiatres universitaires défendent un ensemble de positions qui, du moins lors des débats des années 1950 et 1960, s'opposent terme à terme à celles des médecins des hôpitaux psychiatriques. En ce qu'elles impliquent des aspects psychologiques, les médecins des HP définissent les maladies psychiatriques comme étant d'un genre à part et entendent faire reconnaître les spécificités de la spécialité. Au contraire, sans nier leur dimension psychologique, les psychiatres universitaires soutiennent une vision organique des maladies psychiatriques et promeuvent leur proximité avec la neurologie. Pour les premiers, les soins doivent être planifiés depuis des structures extrahospitalières, alors que pour les seconds, l'hôpital doit en rester le centre névralgique. Les psychiatres des HP, loin de refuser d'employer les méthodes pharmacologiques, mettent l'accent sur l'importance du travail de psychothérapie. Pour les universitaires, l'hôpital doit avant tout être un lieu à partir duquel se déploie un ensemble de techniques thérapeutiques agissant directement sur le corps.

Au début des années 1950, ces différentes définitions de ce que devrait être l'organisation des soins psychiatriques existe déjà. Cependant, le débat prend un tour inédit durant la décennie avec l'arrivée de nouvelles molécules psychotropes couplée à une reconfiguration des rapports entre clinique et recherche. Les services des hôpitaux généraux se retrouvent alors au centre de « réseaux biomédicaux » : de plus en plus de malades leur sont adressés pour essayer de nouveaux médicaments, en particulier dans les cas d'échec des traitements conventionnels. En outre, à partir des années 1980, les réformes visant à planifier les soins ont largement facilité la mise en œuvre de la vision des soins psychiatriques défendue par les universitaires. La place incontournable dans l'organisation des soins de ces services pourvus d'un fort équipement technique est consolidée. Ces réformes encouragent, par ailleurs, la surspécialisation des services universitaires, ce que les médecins des HP refusaient farouchement jusqu'alors. Celle-ci est favorisée par une reconnaissance administrative du rôle des « unités fonctionnelles », des unités organisationnelles autonomes au sein des services.

C'est dans ce contexte que, dans les années 2000, fleurissent au sein des services universitaires des unités, puis des consultations, spécialisées dans l'évaluation et le traitement des dépressions résistantes. Les psychiatres y défendent une conception essentiellement

organique de la dépression. Ils gèrent des maladies qui leur sont adressées par des membres de leurs réseaux. Ils contrôlent également l'accès à un ensemble de techniques thérapeutiques rares comme les ECT, ou les perfusions de kétamine. Ces activités cliniques sont étroitement associées à la recherche dont on attend qu'elle permette de mettre à jour de nouvelles techniques thérapeutiques plus efficaces. Les promoteurs de ces unités entendent parvenir à une situation de leadership dans la profession par la diffusion de leurs pratiques à leurs partenaires ou par la publication de recommandations.

Conclusion de la première partie : Une catégorie qui résiste aux tentatives de définition

La dépression résistant aux traitements a ainsi acquis un important pouvoir fédérateur en psychiatrie. Durant les années 1970 et 1980, la recherche d'une définition consensuelle à la catégorie se fait de plus en plus pressante dans les publications médicales. Elle est le fruit d'une réflexion débutée une cinquantaine d'années auparavant au cours de laquelle la résistance ne vient plus caractériser les comportements des malades, mais les maladies elles-mêmes. La quête d'une telle définition est contemporaine de l'essor de la standardisation en psychiatrie : après les échelles de symptômes et les diagnostics, des psychiatres ont voulu standardiser le traitement des maladies mentales. Ceci les conduit à fixer des séquences thérapeutiques en cas d'échecs des premiers essais médicamenteux. Ce processus apparaît en réaction à la montée des régulations de techniques particulières. Les publications médicales sont alors un espace de défense de certaines techniques à l'usage contesté. Dans les années 1970 et 1980, cela a notamment été le cas pour l'électro convulsivothérapie et les antidépresseurs IMAO. Les promoteurs, que j'ai nommé radicaux ont démontré à l'aide d'essais cliniques la supériorité de ces techniques dans les situations de dépression résistantes. D'autres, plus modérés, ont collaboré avec des agences gouvernementales pour en fixer les usages et en limiter les risques.

Au cours des années 1990 et 2000, plusieurs approches de la TRD sont développées, j'en ai dégagé principalement deux que j'ai appelées catégorielles et processuelles. Avec ces deux approches, les psychiatres ont mobilisé des réseaux impliquant des acteurs différents : l'industrie pharmaceutique pour les uns, des agences gouvernementales et des assurances pour les autres. La définition de la TRD a fait l'objet de multiples reformulations, faites d'allers et retours sur un ensemble de questions. En dépit de cette instabilité conceptuelle, la catégorie triomphe pourtant dans les années 2000 puis 2010. L'étude STAR*D, qui recourt à l'approche processuelle connaît une renommée internationale et inspire les recommandations professionnelles. L'approche catégorielle, quant à elle, est employée dans les années 2010 par l'industrie pharmaceutique pour forger l'image de l'eskétamine comme médicament révolutionnaire. De plus, aux États-Unis et en Europe, de nombreux services se spécialisent dans l'identification et le traitement des troubles résistants.

En France, la catégorie est principalement mobilisée par le segment universitaire de la profession. Dans les années 1970, en réaction au recul de leur situation dominante au sein la profession à la faveur des médecins des hôpitaux psychiatriques, les universitaires appellent à

une défense de ce qu'ils nomment la « psychiatrie biologique ». Ils clament détenir une expertise dans l'utilisation d'outils techniques, et particulièrement dans les situations de résistance médicamenteuse. Cette aspiration se concrétise dans les années 2000 avec la multiplication d'unités spécialisées dans le traitement des dépressions résistantes au sein des services universitaires. Dans les années 2010 naissent une multitude de consultations dédiées à ces pathologies, assemblées dans des réseaux permettant de connecter des patients, des professionnels, des techniques, des protocoles de recherche et des savoirs.

Au terme de cette partie historique se dessine ainsi un dispositif de prise en charge des dépressions résistantes. Celui-ci fait circuler des objets hétérogènes et contribue à donner une certaine forme aux services universitaires qui se caractérisent par des espaces, des organisations, des façons de faire transiter des patients et d'utiliser des techniques. Dans la partie suivante, je décris comment les psychiatres travaillent avec et dans ce dispositif.

Deuxième partie : Faire vivre le dispositif de prise en charge des dépressions résistantes. Une pragmatique du mouvement

Dans la première partie, j'ai décrit l'histoire du dispositif visant à prendre en charge les dépressions résistantes. Ce dispositif fait circuler des malades, des catégories, des modèles d'organisation et des techniques. Dans cette partie, je voudrais répondre à une série de questions à partir de données ethnographiques : comment fonctionne le dispositif aujourd'hui ? comment est-il utilisé en pratique ? Comment sont définies les situations de maladies et comment y apporte-t-on des solutions ? À la suite de Nicolas Dodier et Jeannine Barbot, par dispositif, j'entends un « enchaînement préparé de séquences, destiné à qualifier ou transformer des états des choses par l'intermédiaire d'un agencement d'éléments matériels et langagiers »⁴³⁹.

Ce dispositif, on l'a vu dans la partie précédente, est façonné par un ensemble d'acteurs qui agissent à des échelles différentes. Dans cette partie, je me focalise sur les psychiatres du segment universitaire et plus précisément sur la façon dont ils travaillent dans le dispositif et sur celui-ci⁴⁴⁰. *Dans le dispositif* : je me demande comment ils gèrent des situations de maladie à partir de ses éléments constitutifs ; *Sur le dispositif* : j'explore comment ils en problématisent ses éléments et les adaptent aux situations qu'ils ont à résoudre. J'analyse ces deux aspects à l'aide de deux concepts. Le premier est celui de trajectoire de maladie telle que l'ont défini Anselm Strauss et ses co-auteurs⁴⁴¹. Le second est celui de biographies techniques, organisationnelles et professionnelles : « s'il est évident que les personnes ont des biographies, il est moins visible que l'hôpital, les spécialités médicales, les unités, les machines d'une unité ont aussi une histoire et un futur, une biographie si on peut dire »⁴⁴². Cela donne au dispositif un caractère mouvant : celui-ci est sans cesse réinventé et chacune de ses versions a une durée de vie limitée. Ce mouvement est impulsé par une série de facteurs : la nécessité de faire avancer des situations de maladie, celle de maximiser les ressources thérapeutiques à disposition, la recherche d'innovations techniques et organisationnelles ainsi que la quête du prestige. Ce mouvement perpétuel contribue à faire émerger de nouvelles possibilités pour gérer des maladies évoluant sur le temps long. Je montre que cette infinité de solutions qui fragmente les

⁴³⁹ (Dodier & Barbot, 2016) p.12

⁴⁴⁰ Cette distinction est opérée par Nicolas Dodier dans *La Force des dispositifs* (Dodier & Barbot, 2016)

⁴⁴¹ Traduction d'I. Baszanger (A. L. Strauss, 1992; A. L. Strauss et al., 1985)

⁴⁴² Introduction de *la trame de la négociation* par I. Baszanger p. 31 (A. L. Strauss, 1992)

trajectoires de maladie porte l'espoir renouvelé que ces situations pourront s'améliorer. C'est ce que j'appelle la pragmatique du mouvement.

Si la première partie était principalement tournée vers l'histoire, celle-ci s'intéresse aux pratiques du présent. Pour cela, je mobilise le matériau issu de l'ethnographie menée à l'hôpital de la Charité. Dans le chapitre 5, je décris le dispositif dans la forme qu'il prend actuellement, et notamment quatre de ses composantes essentielles qui lui donnent forme : des agencements spatiaux, des professionnels, des patients, et des techniques. Dans le chapitre 6, je montre comment les patients sont évalués au sein de ce dispositif et particulièrement les enjeux moraux de ces évaluations. Enfin, dans le chapitre 7, j'analyse comment les psychiatres mènent des actions pour contrôler le cours des maladies, comment ils en suivent les effets puis organisent la vie des patients en dehors de l'hôpital.

Chapitre 5 : L'hôpital technique en psychiatrie : expérimenter et mettre en mouvement le dispositif thérapeutique

Dès les années 1950, les psychiatres universitaires ont défendu une vision de l'hôpital structuré autour d'un ensemble de techniques de pointe. C'est cette vision qui informe, aujourd'hui encore, tant les politiques publiques que les représentations professionnelles. Cette caractérisation générale laisse cependant en suspens un certain nombre de questions : qui sont les professionnels de la psychiatrie universitaire ? Quelles en sont les organisations ? Comment les patients y sont-ils admis ? Comment le plateau technique est-il constitué, entretenu, utilisé et renouvelé ? Quelle division du travail est à l'œuvre dans ces organisations ? Par quelles opérations concrètes, services et psychiatres collaborent et sur quels sujets ? Comment les recherches y sont-elles menées ? En résumé, et pour le dire autrement : qu'est-ce que l'hôpital technique en psychiatrie ?

De nombreux travaux de sciences sociales ont abordé l'articulation problématique entre organisations et techniques dans le champ de la santé. Cette littérature se structure selon deux axes : vers l'intérieur et vers l'extérieur. Le premier, qui forme un abondant corpus en sociologie de la santé depuis au moins les années 1960, s'intéresse à l'organisation de l'hôpital à l'heure de sa technicisation. Contemporains des grandes avancées technologiques dans le champ de la santé, les premiers débats visaient à déterminer dans quelle mesure les techniques influençaient les organisations. Par exemple, dans le sillage de ce qu'on a appelé l'école technologique, C. Perrow suggère que l'organisation des services peut être déduite des technologies qui y sont employées⁴⁴³. Pour O. Kuty, au contraire, l'organisation structurelle des services dépend des orientations culturelles des médecins, particulièrement des chefs de service⁴⁴⁴. Prenant ses distances avec ces approches déterministes, A. Strauss étudie les effets de l'apparition de nouvelles techniques thérapeutiques permettant de prolonger la vie sur les trajectoires de maladies chroniques et sur la division du travail médical⁴⁴⁵. Il analyse l'hôpital comme un ensemble de postes de travail qui contribue à fragmenter les soins.

Le second ensemble de travaux, tourné vers l'extérieur des organisations cette fois-ci, s'est intéressé aux relations d'adressage entre services. Les écrits pionniers sont ceux publiés

⁴⁴³ (Perrow, 1967)

⁴⁴⁴ Par orientation Culturelle il entend non pas représentations, croyance ou idéologie mais leur « disposition fondamentale à l'égard d'autrui, caractérisant toutes les relations d'un acteur social » (Kuty, 1975)

⁴⁴⁵ (A. L. Strauss et al., 1985)

par E. Freidson dès les années 1970, dans le contexte de la médecine libérale aux États-Unis⁴⁴⁶. Dans les années 1990, ces relations de collaboration ont eu tendance à être étudiées au sein de réseaux plus vastes et plus organisés, et ce sous une double impulsion : l'extension du régime de la recherche biomédicale et la technicisation de l'hôpital. D'un côté, le développement de la recherche biomédicale a contribué à façonner des réseaux dans lesquels la mise au point de nouvelles techniques thérapeutiques a pris une place croissante. Nicolas Dodier et Agnès Camus montrent comment, dans les services universitaires, les malades sont sélectionnés en fonction des critères des derniers essais thérapeutiques qu'ils permettent d'alimenter. « Avec l'entrée, à l'hôpital, de la dynamique de la recherche biomédicale, plusieurs processus tendent à insérer l'hôpital dans une nouvelle topologie, celle des réseaux biomédicaux »⁴⁴⁷. Les patients sont admis dans ces centres sur la base de ce que les auteurs appellent leur « valeur d'échange ». Cependant, en psychiatrie, le recrutement des malades ne saurait être réduit à des critères d'inclusion dans des protocoles de recherche. B. Moutaud a bien décrit dans sa thèse portant sur un protocole de recherche de stimulation cérébrale pour soigner les TOC, les difficultés pratiques et épistémologiques à élaborer de tels protocoles⁴⁴⁸. Ainsi à quelques exceptions près, les études sont généralement menées sur des patients déjà présents dans les services.

De l'autre côté, la technicisation de l'hôpital produit de nouveaux modes de coopération entre plusieurs acteurs du soin, se traduisant par la création d'organisations inédites. Dans le contexte de l'épidémie de VIH-SIDA, A.S. Poisson-Salomon et M. Bungener ont décrit les incitations des politiques de santé à développer des réseaux de professionnels, en particulier entre ville et hôpital. Elles écrivent que : « Le renforcement technologique des soins médicaux a induit la nécessité d'accroître l'intégration verticale des structures et services hospitaliers, mais également de mieux les relier aux autres structures ambulatoires médicales ou sociales »⁴⁴⁹. Elles montrent très justement que ces réseaux ne permettent pas seulement de collaborer autour de malades, mais aussi, et c'est ce qui m'intéresse, d'échanger des connaissances, de faire circuler des techniques et de nouveaux modèles d'organisation.

Dans ce chapitre, je cherche à comprendre les règles qui régissent la vie des institutions de la psychiatrie universitaire. Pour cela, je reprends à Anselm Strauss l'idée que tout ordre social ne saurait être que négocié⁴⁵⁰. Cette approche rend compte de la façon dont les acteurs poursuivent des buts tant collectifs et qu'individuels. Ainsi, les soignants, en s'occupant des

⁴⁴⁶ (Freidson, 1975)

⁴⁴⁷ (Dodier & Camus, 1997a) p.8

⁴⁴⁸ (Moutaud, 2009)

⁴⁴⁹ (Bungener & Poisson-Salomon, 1998) p.19

⁴⁵⁰ (A. L. Strauss, 1981)

malades, contribuent à améliorer leur état de santé, à faire avancer les connaissances, mais aussi leur carrière. Le concept d'ordre négocié met au centre de l'analyse le fait que toute règle a une durée de vie limitée et doit faire l'objet de réévaluations, de réaffirmation ou de révocation. L'essentiel des règles que je décris dans ce chapitre porte sur quatre dimensions : le type de situations de maladie ou de patients qu'un service ou une unité peut prendre en charge ; les tâches que doivent réaliser soignants et patients et la façon de les organiser ; la collaboration des médecins du service entre eux et avec des médecins extérieurs et la manière d'établir et d'entretenir ces contacts ; l'usage des techniques thérapeutiques. Les personnes agissent avec certaines contraintes : matérielles, il faut de l'espace pour déployer les méthodes de traitement ; organisationnelles, concernant, d'une part, le nombre et les compétences des membres de l'équipe et, d'autre part, la disponibilité de certaines ressources, en particulier les lits d'hospitalisation et les places correspondant à certaines techniques thérapeutiques.

L'habitude des psychiatres d'expérimenter constitue, pour ces différentes règles, un important moteur de changement. Ces expérimentations portent et agissent sur les organisations et sur les techniques thérapeutiques. Ainsi, lors de mon enquête, l'hôpital de jour thérapeutique a été réorganisé autour des perfusions de kétamine. En retour, la publication de leurs expérimentations leur permet de poursuivre un double but : montrer l'efficacité de leurs pratiques et se positionner au sein de la profession comme des acteurs incontournables de ces innovations. Dès lors, l'expérimentation apparaît guidée par la volonté de maximiser l'efficacité des techniques, mais aussi par celle de se distinguer des autres centres. Il existe ainsi à la fois des relations de coopération et de concurrence entre services d'un même réseau⁴⁵¹.

Dans ce chapitre, je montre comment les acteurs donnent forme au service universitaire et comment ils la maintiennent. Cette forme dépend de quatre types d'éléments : des arrangements spatiaux, des professionnels, des patients, et des techniques. Ils font chacun l'objet d'une section. Je décris comment l'expérimentation conduit les psychiatres à travailler avec et sur un dispositif en perpétuel mouvement. Je défends l'idée qu'il s'agit là d'une spécificité de la psychiatrie universitaire tant à l'égard de la discipline qu'à celui de la médecine tout entière. La mise en mouvement du dispositif a pour effet de sans cesse ouvrir de nouvelles possibilités pour prendre en charge ces maladies chroniques. Je suggère que c'est une des conditions d'existence de la phase de traitement des dépressions résistantes.

⁴⁵¹ Pierre François et Christine Musselin ont récemment souligné le rôle structurant à la fois de la coopération et de la concurrence dans l'enseignement supérieur et de la recherche (François & Musselin, 2022)

1. Un espace fragmenté en une multitude d'unités

La première composante constituant un service universitaire est spatiale et architecturale. Si les murs en sont généralement fixes, répondant aux règles en vigueur au moment de leur construction, les espaces intérieurs sont sans cesse remaniés. Depuis une vingtaine d'années, ces espaces se structurent autour d'unités, sorte de briques élémentaires des services de psychiatrie. Outre leur dimension spatiale et administrative, elles coïncident avec des organisations dont chacune possède des objectifs propres.

1.1 Des espaces en mutation

Aujourd'hui, les services universitaires de psychiatrie français sont situés dans deux types d'établissements de santé : dans des hôpitaux généraux ou dans des hôpitaux psychiatriques. Ceux de la Pitié-Salpêtrière et de Bicêtre sont localisés dans les anciens bâtiments d'hôpitaux généraux du XVIIIe siècle et sont entourés par des pavillons et des constructions plus modernes qui abritent d'autres services de spécialité différente. Certains autres ont une architecture héritée de la structure en pavillons du XIXe siècle, comme à l'hôpital Lariboisière. Les asiles d'aliénés édifiés à cette période ont une structure proche. C'est le cas de Sainte-Anne, bien que les deux services universitaires de l'hôpital, la clinique des maladies mentales et de l'encéphale et le service hospitalo-universitaire, soient hébergés par des bâtiments de facture plus récente. Dans les années 1950 et 1960, les hôpitaux psychiatriques sont toujours construits selon un plan pavillonnaire, comme l'hôpital Albert Chenevier à Créteil, qui comprend un service universitaire. Enfin, à la fin des années 1960 des hôpitaux généraux, essentiellement des CHU, sont construits sur le modèle « tour sur podium » dans le style moderniste international, typique des hôpitaux européens de ces années⁴⁵². Il est composé d'un socle et d'une tour de dix à vingt étages. C'est le cas du service de psychiatrie de l'hôpital Henri Mondor à Créteil.

L'architecture des services universitaires, peut-être plus que celle des secteur⁴⁵³, a souvent été modifiée et elle fait encore fréquemment l'objet de travaux et d'aménagements qui en transforment significativement la structure. On rénove d'anciens locaux, on en construit des neufs, on déménage les services. Par exemple, dans les années 1970, à l'occasion de son

⁴⁵² (Keating & Cambrosio, 2003)

⁴⁵³ Sans doute pour des questions de moyens

ouverture, le service de psychiatrie de la Pitié Salpêtrière est installé dans le bâtiment de la force, l'asile historique, rénové pour l'occasion. Dans les années 1990, le bâtiment Jean Delay est édifié à Sainte-Anne pour y accueillir le SHU puis rénové dans les années 2010. Ces dernières années, à l'hôpital Henri Mondor de Créteil, le service de psychiatrie a été déplacé pour disposer de plus d'espace, dans un service remis à neuf. Ce déménagement visait à rapprocher le service de psychiatrie de celui des urgences générales, faisant de lui une composante centrale de l'hôpital.

De manière générale, et ce depuis les années 2000, ces constructions, rénovations et restructurations vont dans le sens d'une plus grande segmentation de l'espace. Celle-ci est associée à la spécialisation de ces services dans certaines pathologies comme les dépressions résistantes ou les psychotraumatismes. En effet, elle génère une différenciation plus importante de l'espace, permettant de créer des unités d'hospitalisation à temps plein, d'hôpitaux de jour et de consultations. Ainsi, ces services sont généralement découpés en une multitude d'unités. Par exemple, le service de psychiatrie de Bicêtre est composé de quatre unités d'hospitalisation complète, dont une dédiée aux « pathologies complexes et résistantes -ECT »⁴⁵⁴, d'un hôpital de jour, de nombreuses consultations « psychiatrie et surspécialisation universitaire »⁴⁵⁵ et d'une unité de recherche.

1.2 La Charité : un service universitaire de psychiatrie dans un hôpital général

Le service dans lequel j'ai mené mes observations est situé dans un hôpital général, la Charité⁴⁵⁶. La plupart des services cliniques sont accueillis par des pavillons datant du XIXe siècle. Ceux nécessitant des équipements de pointes — d'imagerie, d'analyse de prélèvements, de chirurgie... — sont placés dans des bâtiments plus récents, construits depuis les années 1960. L'hôpital abrite également un institut de formation en soins infirmiers (IFSI), un institut de formation de cadres de santé (IFCS), une faculté de médecine ainsi que des instituts de recherche. Le service de psychiatrie adulte est créé dans les années 1970. Le premier chef de service est connu pour avoir publié à la fois sur des questions de pharmacologie et de psychanalyse. Depuis les années 1990, date de son départ à la retraite, les chefs de service successifs ont plutôt entretenu une proximité avec la recherche en neurosciences. Le service n'a jamais été sectorisé et l'hôpital est proche physiquement d'un hôpital de secteur.

⁴⁵⁴ <https://www.aphp.fr/service/service-23-010>

⁴⁵⁵ *Ibid.*

⁴⁵⁶ Nom anonymisé

Le bâtiment de psychiatrie est construit sur quatre étages. Le public y accède par un hall étroit au bout duquel un ascenseur dessert les niveaux supérieurs. Au rez-de-chaussée se trouve l'hôpital de jour (HDJ) thérapeutique qui a une entrée indépendante pour les patients, et l'unité fermée. La première unité ouverte, où j'ai passé le plus de temps, occupe le premier étage. Les malades de l'unité ouverte et de l'unité de semaine sont répartis dans les lits d'une seule unité. Le premier niveau abrite aussi le service social de psychiatrie, où les deux assistantes sociales et leur secrétaire ont leurs bureaux ; ainsi que l'hôpital de jour diagnostique qui jouxte l'unité ouverte. Le deuxième étage est uniquement composé de bureaux de consultation et de salles de conférence. En outre s'y trouvent les secrétariats et la salle dans laquelle sont réalisées les séances de rTMS. Au troisième étage, enfin, accueille la deuxième unité ouverte et l'unité de semaine de rTMS. Les séances d'ECT sont menées dans un autre bâtiment, dans le département d'anesthésie.

L'agencement spatial des unités dépend des possibilités architecturales, des objectifs que les médecins poursuivent, du type de patients accueillis ou encore des techniques pratiquées. Dans celles permettant l'hospitalisation complète, les infirmières et les aides-soignantes⁴⁵⁷ disposent d'un « poste de soin ». Elles ont tout le matériel pour réaliser les soins courants, les perfusions, les prises de sang, etc. Elles y trouvent également des classeurs où les soins non médicamenteux pour les patients sont prescrits comme les bilans sanguins ou les consignes de sortie. C'est généralement dans cette pièce qu'ils et elles s'échangent des informations lors des relèves, puis les communiquent aux médecins à leur arrivée le matin. Dans les unités de jour, les postes de soins ont une taille plus réduite et ils sont moins fournis en matériel médical. Les unités d'hospitalisation complète possèdent souvent un bureau pour plusieurs internes. Ils y prescrivent les médicaments, rédigent leurs observations médicales, reçoivent les résultats d'exams complémentaires, passent leurs appels téléphoniques, tapent les comptes rendus d'hospitalisation. C'est un lieu de passage important : les médecins seniors viennent y discuter des patients les plus difficiles et les infirmières signaler les problèmes qu'elles rencontrent. C'est ici que se déroulent les réunions de synthèse. Toutes les unités ont des bureaux qui accueillent les médecins, les psychologues, les neuropsychologues. La plupart du temps, ceux-ci sont attribués à un ou une soignante, mais ils peuvent être partagés ou prêtés ponctuellement. Les bureaux des unités d'hospitalisation complète sont généralement séparés des lits d'hospitalisation. Au contraire, les hôpitaux de jour sont constitués principalement de bureaux entre lesquels circulent soignants et patients.

⁴⁵⁷ Je féminise ces deux fonctions car pour l'essentiel il s'agit de femmes. Les quelques hommes de l'équipe travaillent essentiellement à l'unité fermée, unité dans laquelle j'ai mené peu d'observations

Dans les unités d'hospitalisation complète, les chambres des patients sont distribuées autour d'un ou plusieurs postes de soins, ce qui permet aux infirmières de surveiller leur comportement. Les patients sont le plus souvent en chambre double, mais il existe des chambres simples, réservées, en théorie, aux personnes très âgées nécessitant des soins de nursing. Les chambres comportent un lit et des toilettes dans une pièce adjacente. Les douches sont généralement regroupées dans un espace au cœur de l'unité. Les patients mangent dans des salles dédiées, une par unité, qui servent également pour d'autres activités de groupe. Toutes les unités ne sont pas fermées à clef. Les portes de l'unité fermée le sont toujours, alors qu'à l'unité ouverte, elles sont seulement verrouillées la nuit. Dans les unités de consultation et les HDJ, les patients circulent librement dans les couloirs qui relient les bureaux et les pièces de vie collective, qui sont utilisées pour des prises en charge de groupe ou pour déjeuner. Ces unités ont également des espaces pour faire patienter les malades et des bureaux permettant leur accueil.

Certaines pièces sont dédiées spécifiquement à la réalisation d'actes techniques. Il y en a ainsi une prévue pour mener des séances de rTMS. À l'HDJ thérapeutique, comme les patients n'ont pas de chambre, l'une d'elles est réservée aux soins techniques. Elle a été aménagée pour pouvoir y faire des perfusions de kétamine lors de l'implantation locale de la technique. Enfin, chaque unité possède des espaces de stockage des médicaments, du matériel de soin et du consommable.

1.3 Définir les objectifs d'une unité

Les unités se différencient les unes des autres en fonction des objectifs qu'elles poursuivent. Cela s'opère à plusieurs niveaux : selon le type d'activité, de pathologies ou de comportements, de patients et d'interventions.

Tout d'abord, chaque unité se distingue par le genre d'activité médicale qu'elle affirme mener préférentiellement : poser un diagnostic et, ou réaliser des actes thérapeutiques. À la Charité, contrairement à d'autres services universitaires, aucune unité n'est spécifiquement dédiée aux tâches pronostiques et de prévention. L'ensemble de ces activités est indissociable, mais les unités peuvent afficher un intérêt prioritaire pour l'une ou l'autre. C'est notamment le cas de l'HDJ diagnostique et de l'HDJ thérapeutique. Le premier vise à rendre un avis expert sur l'état que présentent les patients, formuler un diagnostic et donner des recommandations thérapeutiques. Cependant, et assez ponctuellement, il peut arriver que les malades y reçoivent une dose de traitement censé agir immédiatement, comme un psychostimulant par exemple. Le

second se concentre sur la réalisation d'interventions thérapeutiques. Pourtant, dans certaines situations compliquées, les soignantes de cette unité peuvent passer un certain temps à trouver un diagnostic précis. L'unité de semaine, à l'instar de l'HDJ diagnostique, propose principalement de définir le diagnostic. Cependant, au cas par cas, parfois après d'âpres négociations avec l'infirmière en charge de la gestion des lits, les médecins obtiennent de garder les malades une deuxième semaine pour initier un traitement médicamenteux. Les unités d'hospitalisation complète n'affichent que rarement de telles spécificités et, en pratique, elles les conduisent toutes de front. Le type d'activité médicale qui y est mené structure l'identité d'une unité et, en dehors de grandes réorganisations, il est exceptionnel qu'une unité en change radicalement. Il est cependant parfois nécessaire de rappeler cette règle. Ainsi, avant une réunion de synthèse, un praticien hospitalier (PH) du service reprocha à l'assistante spécialisée responsable de la consultation dépression résistante de ne pas avoir continué le suivi d'un patient pour adapter la dose de ses médicaments. Celle-ci lui rétorqua que la mission de l'unité était d'évaluer, de proposer un diagnostic et de recommander un traitement, et non de les mettre en place.

Chaque unité se distingue également par le type de comportements et de pathologies prises en charge. Cette spécialisation peut se faire pour des questions pratiques et architecturales. Ainsi les patients agités qui risquent de fuguer ou qui nécessitent une surveillance étroite sont adressés à l'unité fermée. Celle-ci a la particularité d'accueillir des malades en dehors du cadre légal des hospitalisations sous contrainte, donc en soins libres. Lorsque les infirmières de l'unité ouverte estiment qu'elles ne parviennent pas suffisamment à surveiller l'un d'eux, elles peuvent solliciter auprès des médecins son transfert en unité fermée. Comme le service n'admet pas de personnes hospitalisées sous contrainte, certaines pathologies y sont peu reçues, sauf en cas d'accord entre médecins : les patients schizophrènes et maniaques. D'autres sont soignés dans certaines unités du fait d'un intérêt particulier de leur médecin responsable. Par exemple, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sont presque exclusivement pris en charge dans l'unité ouverte du troisième étage. Celle-ci est gérée par un professeur des universités praticien hospitalier (PU-PH) qui en a fait une de ses spécialités. Enfin, ces pathologies peuvent être influencées par les traitements qui y sont réalisés. Ainsi, l'HDJ thérapeutique a accepté un nombre croissant de psychotraumatismes lorsqu'il a développé les psychothérapies sous propranolol⁴⁵⁸.

⁴⁵⁸ Lorsque j'arrive sur le terrain, le service participe à une étude multicentrique dont l'objectif est de montrer l'efficacité d'une nouvelle thérapie dans le psychotraumatisme. Celle-ci consiste à prendre un comprimé de propranolol, un bêtabloquant, puis d'écrire le souvenir traumatique. Le procédé est répété sur plusieurs séances.

Un autre aspect central qui définit l'identité des unités est le type d'accueil qu'elles proposent aux patients : en consultation, en HDJ ou en hospitalisation complète. Cette dimension est avant tout le résultat de choix politiques adoptés par les chefs de service et d'unités en concertation avec la direction de l'hôpital. Ces dernières années, l'activité ambulatoire, et notamment les hôpitaux de jour, a été grandement valorisée. Ces choix produisent différentes possibilités de surveillance de l'état des malades au sein de ces unités, celle autorisée par les secteurs fermés étant la plus importante. Par ailleurs, l'accueil que propose une unité est contraint par son architecture et son ameublement et il est peu susceptible de varier. Aussi, un HDJ a peu de chance de se trouver requalifié en unité d'hospitalisation, alors que l'inverse est envisageable. En revanche, le degré d'ouverture des unités peut être renégocié temporairement. Ainsi, l'unité ouverte peut être fermée à clé sur une courte période lorsqu'un patient risque de fuguer.

Enfin, chaque unité se distingue des autres par les interventions qui y sont menées et la durée pendant laquelle elle prend en charge les patients. Chaque unité peut avoir ses interventions de prédilection qui sont susceptibles d'évoluer. Ainsi, l'HDJ thérapeutique, qui proposait essentiellement des psychothérapies de groupe, des séances d'éducation thérapeutique s'est enrichi de la réalisation de perfusions de kétamine. Certaines unités sont organisées autour d'une technique particulière. C'est le cas de la deuxième unité de semaine, montée pour mener des cures de rTMS. La durée de prise en charge est également souvent fixée a priori. Ainsi, les unités d'évaluation diagnostiques, à l'instar de l'HDJ diagnostique et la première unité de semaine, sont censées garder les patients sur un temps prédéfini, respectivement un jour et une semaine. Mais il arrive que certains patients restent plus longtemps ou soient convoqués à nouveau, selon le degré de complexité de la situation. Pour les unités d'hospitalisation, il n'y a pas de durée réellement établie, mais il est entendu que les hospitalisations ne doivent pas dépasser trois ou quatre mois. Lorsque les patients restent plus d'un an, l'administration demande que le chef de service mène une « réunion séjour extrême » pour faire le point sur la situation. Sur mon année de terrain, c'est arrivé à une patiente et d'autres ont régulièrement été hospitalisés durant la période. La durée de prise en charge peut enfin être revue, généralement à la baisse. C'est ce qui s'est passé à l'HDJ thérapeutique.

L'espace du service de la Charité est ainsi segmenté en unités hautement spécialisées. Cette différenciation se fait selon un ensemble de critères que je viens d'énoncer et qui évolue en permanence, au gré des nécessités et des décisions des médecins. En effet, les mouvements des psychiatres dans le service contribuent à mettre en mouvement le dispositif. C'est l'objet de la prochaine section.

2. Un groupe hétérogène de soignants aux parcours contrastés

Le second élément qui donne forme à un service est l'ensemble des caractéristiques des soignants qui y travaillent. La plupart des activités y sont coordonnées par des médecins et les postes à responsabilités sont occupés par des universitaires. Si tous n'ont pas ce titre, la plupart partagent leur temps entre la clinique, la recherche et l'enseignement. En outre, chacun d'eux a ses centres d'intérêt, contribuant à façonner l'organisation des unités.

2.1 Faire carrière dans le segment universitaire de la psychiatrie

Le groupe des psychiatres qui exercent dans les hôpitaux universitaires est assez hétérogène quant au statut et à l'engagement dans la recherche et l'enseignement de ses membres. Si ces services sont généralement dirigés par un professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH), l'essentiel des psychiatres qui y travaille n'a pas de titre universitaire. Certains d'entre eux sont permanents, comme les praticiens hospitaliers (PH) dont une partie est employée à temps partiel⁴⁵⁹. D'autres postes sont temporaires et sont occupés par les plus jeunes : internes, assistants et chefs de cliniques assistants (CCA). Enfin, le service compte une poignée de consultants, ou attachés, pour la plupart d'anciens PH ou CCA du service, exerçant généralement en libéral en dehors. Sont appelés médecins seniors tous ceux qui ne sont pas internes.

Les titres universitaires sont ceux de maître de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) et de PU-PH. Leur nomination est permanente et relève des ministères de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et de la Santé, mais aussi des conseils d'unité de formation et de recherche (UFR) des universités, des commissions médicales d'établissement (CME) et du Conseil national des universités. L'accès au corps des universitaires se fait par un concours qui, depuis 2012, est organisé par le centre national de gestion (CNG). Il nécessite de remplir un ensemble de critères. Les candidats doivent justifier d'un nombre d'heures d'enseignement, à la faculté ou à l'hôpital. Il leur est également demandé d'être impliqués dans la recherche : avoir validé un cursus scientifique, un master 2 ou un doctorat ainsi que, pour les PU-PH, une habilitation à diriger des recherches ; faire partie d'une unité de recherche ; publier régulièrement et avoir une thématique clairement identifiée. Enfin, les candidats doivent justifier de leur engagement dans les projets de leur service de soin. D'une

⁴⁵⁹ Ils partagent généralement leur temps avec le libéral

part, les médecins doivent avoir une activité de publication soutenue qui rende le service visible. Celles-ci sont converties en points SIGAPS (système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques) depuis 2007. Chacune d'elle, selon le type de journal et en fonction de la position dans la liste des auteurs, apporte un certain nombre de points aux services et aux auteurs. Le score SIGAPS permet au ministère de la Santé de définir une partie de l'enveloppe budgétaire des établissements universitaires⁴⁶⁰. D'autre part, ils doivent être impliqués dans la création d'innovations technologiques et organisationnelles. Les praticiens doivent satisfaire à l'ensemble de ces attentes pour pouvoir monter dans les échelons administratifs. Le plus souvent, ces postes sont accessibles après deux ans⁴⁶¹ passés en tant que chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux (CCA). Les postes de PU-PH sont également ouverts à des chercheurs et des enseignants-chercheurs d'instituts de recherche, mais aussi à des PH ayant assez d'ancienneté et justifiant d'une activité d'enseignement et de recherche. Le recrutement au poste de CCA, quant à lui, se fait sur proposition du chef de service et non par concours. Les jeunes psychiatres demandent généralement un poste de chef de clinique au PU-PH lorsqu'ils sont internes.

Les autres psychiatres sont assistants ou praticiens hospitaliers (PH). Comme pour les CCA, les postes d'assistants sont accessibles au sortir de l'internat. Ils ont une durée limitée à deux ans et le recrutement se fait sur proposition du chef de service. Le statut de PH est celui d'un titulaire de la fonction publique dont l'obtention est régulée par un concours national. Les PH sont généralement d'anciens CCA ou assistants du service. Le statut peut être transitoire dans l'attente d'une nomination à des postes universitaires. Certains PH ont les mêmes titres que leurs collègues universitaires : ils ont été CCA, ont une thèse de science voire une HDR et sont impliqués dans l'enseignement.... Ils peuvent aussi être recrutés après avoir exercé dans un autre hôpital. Le statut universitaire ne donne pas nécessairement d'ascendant hiérarchique. Les CCA et assistants sont sous la responsabilité des PH, MCU-PH et PU-PH, eux même encadrés par le chef de service, le plus souvent lui-même PU-PH. En outre, à l'instar de la description classique qu'a faite E. Freidson de la mentalité clinique⁴⁶², chaque médecin senior a une grande autonomie dans ses décisions. Celles-ci sont rarement remises en causes de façon ouverte, y compris entre universitaires et non-détenteurs du titre. Lorsqu'un psychiatre arrive dans un service, il apporte ses thématiques d'intérêt, un réseau de collègues, des techniques,

⁴⁶⁰<https://www.labcom-risca.com/single-post/points-sigaps-comment-sont-valorises-vos-publications-scientifiques>

⁴⁶¹ Renouvelable deux fois un an

⁴⁶² (Freidson, 1988)

des organisations et un certain point de vue sur ce qu'est la psychiatrie. Un des enjeux consiste alors à implanter ces techniques, et à faire prendre ces organisations et ces pratiques.

Le service de psychiatrie de la Charité est dirigé par un PU-PH. Il a été chef de clinique puis PH dans le service. Il a soutenu une thèse en neuropsychologie au début des années 2000 puis son HDR quelques années plus tard avant d'être nommé PU-PH l'année suivante. Il devient chef de service en 2017, au moment du départ à la retraite de son prédécesseur. Lorsqu'il prend son poste, il demande la réorganisation d'une des unités, l'hôpital de jour thérapeutique, pour y implanter une activité de perfusions de kétamine. Le service compte un deuxième PU-PH qui a d'abord été chef d'un service universitaire en province. À son arrivée, celui-ci a mis sur pied une nouvelle unité de soins centrée sur la réalisation de séances de rTMS. Il comporte aussi trois CCA et une assistante, qui ont tous été internes dans le service par le passé, et de nombreux PH. Certains PH y exercent à temps plein, quand d'autres ont également une activité libérale. Plusieurs PH sont d'anciens CCA, du service pour la plupart et d'un autre pour l'un d'entre eux. L'un d'eux y était assistant, et une autre était auparavant PH dans un service de secteur. Enfin, certains psychiatres partagent leur temps entre plusieurs établissements. Répondant aux incitations de la loi HPST, le service de la Charité établit en 2014 une coopération avec un hôpital de secteur d'un département d'île de France. L'assistante spécialisée ainsi que la PH de l'HDJ diagnostique y passent deux jours par semaine. Elles y ont une consultation en direction de patients dépendant de ce secteur géographique. Plus récemment, avec la création des GHU, une psychiatre a été recrutée pour mener des consultations spécialisées dans le traumatisme sur trois hôpitaux d'un même groupement d'établissements. De plus, il y a quelques années, le service de psychiatrie du sujet âgé d'un autre hôpital du même GHU a fusionné avec celui de la Charité, encadré par un seul chef de service. Certains PH partagent leur temps entre les deux lieux et l'un d'eux a quitté la Charité pour travailler dans le second.

Après un poste dans un CHU, les psychiatres ont plusieurs options de carrière. Ceux qui ont occupé la fonction de chef de clinique peuvent passer les concours pour espérer devenir MCU-PH puis PU-PH, soit dans le même service, soit dans un autre service universitaire. Celles et ceux qui ne souhaitent pas embrasser de carrière universitaire ont le choix, lorsque c'est possible, de demander un poste de PH dans le même service, dans un autre ou d'exercer en clinique ou en libéral. Les psychiatres qui quittent le groupe restreint des universitaires, en général, gardent des liens étroits avec leurs anciens collègues. Ceux qui se tournent vers le libéral continuent d'adresser des patients dans les services ou de recevoir des patients depuis l'hôpital. En retour, les psychiatres hospitaliers trouvent bien commode de pouvoir leur envoyer certains patients. Enfin, depuis la création des pôles puis des GHT et GHU, les chefs de service

PU-PH incitent les PH de leur service à devenir chefs de service de secteurs non universitaires d'un même pôle ou groupement hospitalier. Les chefs de service universitaires forment ainsi des coalitions en CME leur permettant la réalisation de projets soumis à l'approbation de la commission. Ces alliances facilitent également la diffusion des pratiques qu'ils considèrent être les bonnes, en particulier concernant l'usage des médicaments.

Outre leur statut, les universitaires partagent certaines croyances concernant l'efficacité des techniques thérapeutiques. Ils les placent au centre de ce qu'ils font avec les patients et si un traitement ne fonctionne pas suffisamment, ils en envisagent un ou plusieurs autres. En fait, plus que des croyances, c'est la mise en acte de ces interventions qui est rendue obligatoire au sein du groupe. Elles s'intègrent dans une lecture résolument biologique des maladies mentales, mais aussi des comportements humains en général. Ce groupe de psychiatres présente souvent comme étant de leur devoir de prescrire ces traitements. Ils font alors le pari d'un dysfonctionnement biologique qu'il s'agit de réparer par l'administration de médicaments. L'extrait d'entretien suivant illustre bien ces différents éléments :

Et c'est vrai que j'ai toujours cette idée que les gens sont déprimés jusqu'à preuve du contraire... jusqu'à preuve du contraire il leur manque de la sérotonine, c'est plutôt ça. Jusqu'à preuve du contraire, un peu de sérotonine et ça repart. Donc, après, ta sérotonine, tu peux la stimuler autrement, le yoga permet de la stimuler, le sport, enfin tu as plein de trucs, de modes de vie qui pourraient t'aider à ça. Le problème c'est qu'on a trop tendance à dire que c'est un trouble de la personnalité et à ne pas traiter. Et bah à un moment tu croises la route de la Charité et il s'avère qu'avant toute chose, tu vas te retrouver sous sérotoninergique » (extrait d'entretien avec l'assistante spécialisée)

L'usage anaphorique de « jusqu'à preuve du contraire » illustre ce devoir moral qu'observent ces psychiatres à prescrire des antidépresseurs. Dans le dernier chapitre, je montre que l'attitude qu'adoptent les psychiatres lorsqu'ils s'engagent dans le traitement de la résistance constitue le prolongement de ce pari d'un dysfonctionnement biologique.

Cette croyance est transmise à différents moments. Elle l'est durant la formation des internes : lors des présentations de patients, des cours, lorsqu'un senior indique de façon informelle aux internes quelles molécules introduire. Elle est également fortement déterminée au quotidien par le regard que portent les collègues sur leurs patients respectifs, en partie parce que ces patients circulent entre les unités et les psychiatres. Si un psychiatre ne prescrit pas de traitement, il risque leur réprobation, même s'il est peu probable que celle-ci soit faite ouvertement. Enfin, tous ne partagent pas ces croyances de façon homogène et certains se

montrent assez critiques à leur égard, en particulier s'ils n'ont pas eu un parcours uniquement universitaire. Ainsi, une des psychiatres me dit en entretien « Après moi je suis beaucoup plus sceptique sur le... tu vois sur ces trucs où tu essayes 5 lignes de traitements avec des associations ultras compliquées, alors que moi j'appelle "de l'espace", où tu commences à dire Lithium Lamictal Nardil, tu vois. [...] parfois c'est plus pour la forme qu'on le fait plus que pour la réalité de l'amélioration clinique » (extrait d'entretien avec une PH). Finalement, si les psychiatres du service n'ont pas tous un titre universitaire, ils partagent, certes de façon variable, d'une part une implication dans la recherche et l'enseignement, et d'autre part une certaine attitude à l'égard des médicaments.

2.2 Orchestrer le travail des soignants

Chaque unité est composée d'un nombre arrêté de soignants qui peut cependant être adapté selon les situations. Les tâches que ces personnes ont à réaliser changent en fonction des unités et peuvent également être négociées, renégociées, ponctuellement ou durablement.

À la Charité, chaque unité est pourvue d'un noyau plus ou moins fixe d'infirmiers, d'infirmières et d'aides-soignants. Les cadres de santé sont leurs supérieures hiérarchiques et gèrent chacune un étage, comprenant donc plusieurs unités. La plupart du temps, les infirmières sont affectées à une unité, à l'exception de l'unité de semaine et de l'unité ouverte qui partagent les mêmes lits et le même personnel infirmier. Lorsqu'il manque du personnel dans une unité, les cadres mobilisent à plus ou moins long terme une infirmière d'une autre unité. Certaines unités ne requièrent qu'une seule infirmière par jour comme c'est le cas en rTMS, en consultation et à l'HDJ diagnostique. Les infirmières et aides-soignantes peuvent demander à être affectées durablement dans une unité fixe. Les tâches qu'elles mènent sont variables selon les unités. Dans les unités d'hospitalisation classiques, celles-ci sont proches de ce que font la plupart de leurs collègues d'autres services. Dans les unités de consultation et d'HDJ, les infirmières jouent également un rôle de gestion des flux de patients : les convoquer, les appeler en cas d'absence, leur indiquer où attendre. Certaines unités demandent plus de compétences techniques que d'autres. En salle de rTMS, par exemple, elles doivent régler les paramètres de la machine et s'assurer de la sécurité de la procédure. L'acquisition de ces compétences se fait généralement par transmission orale entre les membres de l'équipe : c'est vrai pour les perfusions de kétamine, les séances d'ECT et de rTMS. Cependant, au début de la mise en place de la rTMS, les infirmières ont reçu une formation spécifique, ce qui n'a pas été le cas des autres techniques.

Les psychiatres se répartissent sur les différentes unités. En dehors de l'HDJ diagnostique, toutes les unités sont pourvues d'un ou plusieurs internes en psychiatrie. Ceux-ci sont chargés d'évaluer l'état des patients quotidiennement, de prescrire les traitements, d'écrire les observations médicales, de joindre d'éventuels partenaires ou la famille par téléphone et de rédiger les comptes rendus d'hospitalisation. Ils sont supervisés soit par un ou une CCA ou assistant, eux-mêmes étant chapeautés par un PH, soit directement par un PH. Les internes et les CCA n'ont généralement la responsabilité que d'une seule unité, mais peuvent partager leur temps sur deux. Les assistants et les PH exercent la plupart du temps sur plusieurs unités. Par exemple, l'unité ouverte fonctionne avec trois internes, dont un prend également en charge des patients de l'hôpital de semaine, encadrés par un CCA et un PH. À l'HDJ thérapeutique, il y a un interne, une assistante et une PH. L'assistante partage son temps entre des consultations dans l'hôpital de la banlieue parisienne, s'occupe de la journée « dépression résistante » de l'HDJ diagnostique. La PH assure, elle aussi, des consultations dans cet hôpital et anime une autre journée d'HDJ diagnostique.

La répartition des médecins sur les différentes unités change fréquemment. Certains postes sont, par convention, temporaires, c'est le cas des internes, des CCA et des assistants. Après son internat, un jeune médecin peut demander à revenir sur un poste qu'il a déjà occupé en devenant assistant ou chef de clinique. Les psychiatres peuvent également être déplacés à la suite de restructuration du service et de ses unités par le chef de service et les chefs d'unités. Celles-ci visent à transformer le type d'activité clinique, à modifier les objectifs à atteindre avec les patients ou à implanter de nouvelles techniques. Parfois, les psychiatres demandent eux-mêmes à être affectés à un autre poste en fonction de leurs sujets d'intérêt, mais aussi pour obtenir de meilleures perspectives de carrière. Enfin, dans des cas exceptionnels, les médecins se remplacent mutuellement, en cas de vacances ou de départ en congé maladie. Durant mon année de terrain, j'ai assisté à une réorganisation du service en urgence après que seule la moitié des postes d'interne ont été pourvus pour 6 mois. Le CCA de l'unité ouverte a alors pris la charge des patients d'un des anciens internes. La situation est devenue encore plus critique lorsque la PH qui s'occupait des urgences a dû s'absenter pour raisons de santé. Le CCA de l'unité ouverte a alors dû la remplacer au pied levé et laisser l'unité ouverte aux internes et au PH de l'unité de semaine. Ce type de situations contribue à ralentir fortement la mobilité des psychiatres. Ils expriment alors leur mécontentement, en particulier leur impression de ne pas être reconnu à leur juste valeur comme spécialiste d'un domaine, ou d'être déplacés pour combler les vides. Cela peut avoir des conséquences sur leur carrière, notamment lorsque cela leur permet de s'impliquer dans l'organisation du service et dans celles des techniques qui y

sont utilisées, mais aussi de publier. Ces changements créent des tensions avec les soignants qui restent dans l'unité.

Outre les infirmières, les aides-soignants et les médecins, d'autres professions sont représentées dans le personnel du service de psychiatrie de la Charité. Le service emploie quatre neuropsychologues qui travaillent essentiellement dans les unités orientées vers une activité diagnostique⁴⁶³, mais qui peuvent être sollicités pour faire des bilans pour des patients des unités d'hospitalisation à temps complet. Un psychologue clinicien exerce sur plusieurs unités. Il reçoit certains patients de façon hebdomadaire et mène des séances de psychothérapie. Il est formé aux thérapies cognitives et comportementales et à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). Trois assistantes sociales se partagent le service, une par étage. Le service peut faire appel à une psychomotricienne et une kinésithérapeute qui travaillent dans d'autres services. Enfin, l'ensemble des prescriptions du service sont vérifiées par une pharmacienne qui s'occupe également du service de neurologie. L'affectation de ces soignants dans les différentes unités est décidée par le chef de service, en concertation avec les PH responsables des unités fonctionnelles. En cas de nécessité, une unité dépourvue de tel professionnel peut « emprunter » celui-ci à une autre unité. Des accords sont parfois établis entre des unités pour qu'un membre de l'équipe puisse venir donner son aide dans une unité qui n'est pas la sienne. Ainsi, lorsque le CCA de l'unité ouverte a besoin de faire passer un bilan neuropsychologique à un patient, il est entendu qu'il a la possibilité de solliciter la neuropsychologue de l'unité de semaine. Inversement, certains soignants refusent de prêter main forte, notamment s'ils redoutent une charge de travail trop importante à court et à long terme.

2.3 Coordonner les temps de travail

Le temps des soignants est rythmé par l'arrivée et le départ des patients, les transmissions, les visites médicales, les synthèses, des interventions thérapeutiques, des activités avec les patients et certaines tâches administratives. Dans les unités d'évaluation diagnostique, les patients arrivent tous le même jour. Pour les unités d'hospitalisation et l'HDJ thérapeutique, l'admission a généralement lieu à la suite de la sortie d'un autre patient. À l'HDJ thérapeutique, ils sont vus en préadmission avec toute l'équipe de l'unité au cours de laquelle

⁴⁶³ Essentiellement l'HDJ diagnostic, l'hôpital de semaine, mais aussi l'HDJ thérapeutique qui propose des séances de remédiation cognitive

ils décident des jours sur lesquels ils pourront être reçus. Dans les unités d'hospitalisation, ils sont accueillis par un interne et une infirmière. Leur arrivée peut être programmée ou être faite en urgence. Cela implique qu'infirmières et internes dégagent du temps pour ces patients inattendus, parfois source de tensions.

Infirmières et aides-soignantes voient les patients à l'occasion de leurs tours, dans les temps collectifs et lorsque ceux-ci le demandent en journée. Les internes parlent avec eux régulièrement : tous les jours en hospitalisation complète, de façon plus espacée pour l'HDJ thérapeutique. Infirmières, aides-soignants et internes se communiquent souvent des informations à leur propos pendant les temps dits de transmission. Les psychologues et neuropsychologues les évaluent quant à eux au moment d'entretiens planifiés. Dans les unités d'hospitalisation à temps plein, les médecins seniors échangent avec les patients au cours de leur « visite ». À l'HDJ, les médecins seniors reçoivent les patients environ tous les mois ou lorsque leur état se dégrade.

Le temps principal de coordination entre les soignants des unités est la réunion dite de « synthèse » qui se déroule entre soignants. Leur morphologie varie beaucoup selon les unités et selon plusieurs facteurs. Tout d'abord, elle varie selon la biographie des organisations et des techniques qui y sont employées. Lorsqu'une unité ou l'usage d'un traitement est récent, les soignants échangent beaucoup plus sur les aspects organisationnels que si son activité devient routinière. Elle varie également selon le type de professionnels présents, le rôle qui leur est donné, mais aussi l'avancée de leur carrière. Enfin, elle diffère encore selon la mission qui est attribuée à l'unité. Les synthèses sont très différentes selon que les unités sont chargées d'établir ponctuellement des diagnostics ou qu'elles suivent et traitent des patients au long cours.

Les synthèses se tiennent une fois par semaine, à jour et heure fixe. Exceptionnellement, elles sont modifiées, voire remplacées par un court temps de transmission, si trop d'intervenants sont absents, en particulier de médecins seniors. Le jour, l'heure ou le lieu peuvent être changés plus durablement lorsque la pièce ordinaire n'est plus disponible, ou si les médecins réaménagent leur emploi du temps. Elles durent d'une à plusieurs heures. Elles rythment la vie du service et donnent l'impulsion à un ensemble de tâches. C'est le moment où chaque soignant peut livrer son évaluation de l'état des patients et celui où les grandes décisions sont prises au sujet des traitements, des conditions d'hospitalisation et de l'avenir des patients. La synthèse découpe le travail médical autour d'une unité de temps : la semaine. Je rejoins les analyse

d'Eviatar Zerubavel qui souligne à quel point « l'ordre temporel » d'un service hospitalier est façonné par les cycles périodiques des réunions de soignants ⁴⁶⁴.

Les synthèses se tiennent généralement dans la même pièce, souvent en marge du service. Il peut arriver que les infirmières demandent qu'elle se fasse dans un poste de soin. Cela leur permet de surveiller les patients et de pouvoir continuer à mener le cours de leurs tâches, en particulier lorsqu'elles ne sont pas en nombre suffisant. Celles de l'unité ouverte et de l'unité de semaine ont lieu dans le bureau des internes, celle l'hôpital de jour dans la salle dédiée aux ateliers, à l'entrée du service. Ces pièces ont généralement d'autres fonctions et doivent être assez grandes pour accueillir une vingtaine de personnes assises autour d'une table.

Les soignants présents aux réunions de synthèse varient également d'une unité à l'autre. Il est attendu que tous les médecins y assistent : les internes, le CCA ou l'assistante spécialisée en charge de l'unité et éventuellement un PH ou le chef de service. Lorsque les unités coopèrent avec d'autres, les médecins des autres unités peuvent y participer : la psychiatre de l'HDJ diagnostique à celle de l'HDJ thérapeutique, un médecin du sommeil à l'unité de semaine. Dans les unités comme l'unité de semaine ou l'HDJ diagnostique, les professionnels ayant mené une évaluation les restituent : le psychologue, la neuropsychologue, la psychomotricienne, l'assistante sociale. En cas d'absence, ces personnes transmettent leurs principaux résultats à l'oral ou par écrit et demander à quelqu'un d'autre d'en parler. Les infirmières et aides-soignants n'assistent généralement pas aux synthèses d'unités d'évaluation. En revanche, leur présence est considérée comme indispensable dans les autres. Dans les unités ayant peu de professionnels paramédicaux, ce sont toujours les mêmes qui y participent. À l'hôpital de jour thérapeutique, l'infirmière et l'ergothérapeute y sont systématiquement. De plus, quand la charge de travail est trop importante, les infirmières de l'unité ouverte indiquent parfois ne pas y assister. Cette configuration implique que les soignants présents peuvent ne pas être au courant des modifications récentes de l'état des malades, et tout particulièrement lorsque le service emploie des infirmières intérimaires. Les synthèses des services universitaires ne sont pas ouvertes aux intervenants extérieurs et ont lieu uniquement avec le personnel du service. De même, elles ne sont pas ouvertes aux patients et à leur famille.

Le travail médical est donc assuré par des soignants venant d'horizons variés. Les tâches qu'ils et elles mènent ne sont jamais fixées de façon durable et sont constamment négociées. Les psychiatres, ayant chacun des intérêts contrastés, encadrent ce travail et contribuent à

⁴⁶⁴ (Zerubavel, 1979, 1985)

façonner l'aspect que prennent les unités. Ce sont également eux qui impulsent les mouvements de patients entre les différentes unités, c'est l'objet de la prochaine section.

3. Faire circuler les patients dans les unités

Dans le chapitre précédent, j'ai montré comment le recrutement des patients avait évolué dans les services universitaires depuis la deuxième moitié du XXe siècle. Dans les années 1970, les malades ont de plus en plus été adressés par des cliniciens extérieurs à l'hôpital dans des situations où ceux-ci se sentaient dépassés et avaient besoin d'un avis spécialisé. Le processus d'adressage contraint autant qu'il met en forme le service. D'une part, les psychiatres doivent s'assurer de disposer d'une file active suffisante : un certain nombre de patients est nécessaire au bon fonctionnement du service, aux recherches qui y sont menées et à son prestige. Mais celui-ci a également une quantité de places finie, ce qui oblige ses psychiatres à gérer le flux de patients qui leur est adressé pour ne pas se retrouver débordés. D'autre part, les psychiatres doivent aussi vérifier que le profil des patients acceptés correspond à ce que le service peut faire et aux recherches qu'ils y conduisent.

Lorsqu'un médecin adresse un patient à un confrère, il lui cède la gestion d'une phase complète de la trajectoire de maladie ou seulement certaines tâches. Il s'agit d'un échange qui obéit à un ensemble de règles tenant les deux participants. À l'hôpital, cependant, le processus n'implique pas uniquement deux personnes. Au contraire, il met en branle toute une organisation qui se définit par des moyens, des buts et des limites dans l'aide qu'elle peut apporter au médecin adresseur. Mais cette organisation n'est pas intemporelle, elle doit être façonnée et négociée à chaque transaction. Le travail à mener pour que l'adressage soit effectif se situe ainsi à deux niveaux. Tourné vers l'extérieur, tout d'abord : médecins adresseurs et receveurs doivent créer et entretenir la possibilité de collaborer sur le cas d'un ou plusieurs patients. Vers l'intérieur, ensuite : pour recevoir un patient, l'équipe d'accueil doit organiser un ensemble de ressources.

3.1 Les conditions de l'adressage

La plupart des patients qui arrivent dans le service ont d'abord été évalués par un médecin à l'extérieur qui a pris la décision de les adresser. Lorsque la demande provient des patients eux-mêmes, celle-ci doit nécessairement être appuyée par le courrier d'un médecin, le

plus souvent leur généraliste, parfois un psychiatre traitant. Dans ce dernier cas, il arrive que le psychiatre à qui un malade a forcé la main l'adresse de mauvais gré au service. Cette manière d'entrer en contact avec le service se retrouve principalement en consultation et à l'hôpital de jour diagnostique. Cependant, dans la plupart des cas, un médecin adresseur en sollicite un autre : depuis l'extérieur de l'hôpital, depuis les urgences ou depuis une autre unité du service.

Certains patients sont ainsi adressés à une des unités par un psychiatre du service après une consultation de liaison ou aux urgences. Dans le premier cas, un médecin non-psychiatre d'un autre service de l'hôpital demande l'avis d'un psychiatre du service pour un des malades dont il a la responsabilité. Dans le second, ceux-ci se présentent soit d'eux-mêmes, soit sur les conseils du médecin qui les suit. Sur sollicitation des urgentistes, un psychiatre du service les évalue. Après cette évaluation, les psychiatres peuvent décider de laisser les malades rentrer chez eux, les adresser à un autre hôpital, en particulier leur hôpital de secteur, dans une unité ambulatoire du service ou une unité d'hospitalisation complète, immédiatement ou de façon différée.

En dehors de ces situations d'urgence, l'adressage est souvent effectué par un psychiatre qui suit le patient au long cours. Il peut s'agir d'un médecin qui assure le suivi du patient en consultation dans le service, d'un psychiatre libéral ou encore d'un psychiatre exerçant dans un autre établissement de psychiatrie, public ou privé. Enfin, dans un nombre important de situations, les patients circulent entre plusieurs unités, notamment lorsque l'unité dans laquelle ils sont pris en charge ne permet pas ou plus de garantir la surveillance adaptée. Par exemple, à l'occasion d'une dégradation de leur état, les patients peuvent être adressés à l'unité ouverte depuis l'hôpital de jour thérapeutique, puis être redirigés vers l'HDJ.

Le processus d'adressage présuppose la collaboration entre un médecin adresseur et un médecin receveur, son unité ou son service. Celle-ci peut être unique ou au contraire s'inscrire dans une relation plus longue entre médecins et services hospitaliers. Généralement, les médecins qui adressent des patients le font régulièrement. Cet adressage régulier résulte fréquemment du succès d'une telle coopération, autour d'un ou plusieurs patients, ou de toute autre forme de collaboration — pour des missions d'enseignement ou de recherche par exemple. Cependant, la plupart des patients adressés dans les unités du service sont ceux suivis par des médecins dans le service ou déjà pris en charge dans une autre unité. Une part non négligeable d'entre eux sont même autoadressés : un médecin qui suit le patient en consultation peut demander une hospitalisation dans l'unité dont il ou elle est responsable. Il utilise alors les ressources techniques et humaines qu'il gère habituellement. Dans l'exemple suivant, le PH responsable de l'unité de semaine présente le cas d'une patiente qu'il suit et qu'il adresse dans

l'unité : « Donc madame L, 63 ans, très connue du service que je suis. Elle a été hospitalisée il y a quelques années pour un tableau qui ressemblait à une DFT (démence fronto-temporale) qui en fait s'est avérée être un trouble psychiatrique très déficitaire avec des symptômes frontaux. Elle allait mieux sous lithium. Elle a fait un épisode maniaque qui va mieux [...], mais ce n'est pas exclu qu'elle ait une maladie neurodégénérative. Donc là je voudrais qu'elle ait un PET scan, une IRM et un bilan neuropsychy » (extrait du journal de terrain).

Certaines unités fonctionnent régulièrement ensemble. Selon l'évolution de leur état, les patients peuvent être transférés de l'unité fermée à l'unité ouverte du premier étage puis, lorsque les psychiatres rencontrent des difficultés à organiser la sortie, à l'hôpital de jour. Ces habitudes d'adressage sont influencées par les postes occupés antérieurement par les médecins responsables d'unités. Ainsi, la PH de l'HDJ qui avait longtemps travaillé à l'unité de semaine n'hésitait pas à demander une semaine d'évaluation pour les patients qu'elle suivait à l'HDJ. Par ailleurs, certains patients peuvent être envoyés de l'extérieur du service. De nombreux patients arrivent par d'anciens médecins du service, qui ont été soit CCA, soit PH, et qui exercent depuis en cabinet libéral. Des filières pérennes peuvent également s'établir entre d'anciens collègues ou camarades d'études. De manière plus générale, lorsqu'un médecin quitte un service, il ou elle continue d'y faire parvenir des patients depuis son nouveau lieu d'exercice. Ainsi, la PH de l'HDJ dit en synthèse « il y a une neurologue d'ici qui m'adressait plein de patients et qui est partie dans [un autre département]. Depuis j'ai plein de patients [de cet autre département], je pense que c'est par elle » (extrait du journal de terrain). En outre, le rapprochement administratif de certains services par les GHT, les GHU ou d'autres conventions, favorise grandement la création de filières d'adressage pérennes. De nombreux patients sont orientés dans le service depuis le service de psychiatrie du sujet âgé jumelé au service. Ces rapprochements ont également été à l'origine de l'ouverture de postes partagés. Ainsi, certains psychiatres du service exerçant en même temps dans ces autres établissements adressent des patients qu'ils y rencontrent.

Les médecins peuvent enfin adresser ponctuellement des patients parce que le service a bonne réputation ou bien qu'il revendique une expertise dans un domaine particulier. Ainsi, le service de la Charité indique sur son site internet être spécialisé dans la prise en charge des dépressions résistantes. Quelques patients arrivent par cette voie, de médecins inconnus. D'autres patients y sont orientés pour bénéficier spécifiquement de certaines techniques. Un nombre non négligeable le sont dans les unités d'hospitalisation complètes, ouvertes et fermées, pour réaliser des séances d'ECT, la plupart des services de secteur n'en ayant pas la possibilité.

3.2 Organiser une filière d'adressage

Le processus d'adressage se fait ainsi par des réseaux de collaboration qui relient des professionnels, des services et des hôpitaux. Ces réseaux ne sont pas statiques, ils évoluent au gré des carrières individuelles des médecins, des alliances passées entre services ou encore des politiques de santé. Une filière d'adressage peut se tarir lorsque les médecins assistent de part et d'autre à une série de mauvaises expériences, qu'un médecin part d'un établissement de santé ou qu'une unité change de manière de travailler. Au contraire, d'autres se créent à l'occasion du rapprochement d'unités, de services ou d'hôpitaux, de l'arrivée d'un médecin dans une structure ou de la genèse de nouveaux dispositifs de soins facilitant l'adressage des patients. Les réseaux peuvent aussi s'étendre et s'étoffer. L'extension de ces réseaux fait le plus grand bonheur des médecins receveurs qui estiment que cela reflète leur prestige croissant. Ils y perçoivent également un moyen de faire diffuser leurs pratiques à leurs collègues et ainsi voir leur crédit augmenter. Enfin, les adresseurs leur fournissent l'essentiel de leurs patients, ce qui leur permet de justifier de demander un certain budget à l'hôpital, de remplir leurs lits, de poursuivre des recherches cliniques et de les publier. Une pénurie de patients se solderait par une perte de ressources économiques, matérielles et symboliques.

Selon le type d'unités, les filières d'adressage ne sont pas les mêmes. Celles-ci régulent le recours au plateau technique du service et particulièrement aux ressources rares que sont l'ECT, les perfusions de kétamine, ou les séances de rTMS. On peut dire schématiquement que plus une unité a accès à ces techniques, plus l'adressage est difficile pour des médecins qui ne sont pas partenaires habituels du service. Ainsi les consultations sont ouvertes à la plupart des médecins non-partenaires et même, je l'ai dit, à des patients qui sollicitent une évaluation par eux-mêmes. Il en va de même avec l'hôpital de jour diagnostique, qui compte néanmoins plus d'adresseurs réguliers. Le cas de la consultation pour les dépressions résistantes de cet HDJ est particulièrement éclairant. En effet, dans leur grande majorité, elles débouchent sur un réadressage au médecin adresseur avec des recommandations thérapeutiques ou des examens à réaliser. L'assistante spécialisée m'indiquait fréquemment à l'oral qu'il ne s'agissait pas de situations de résistance aux traitements, mais de prescriptions inadaptées. Plus rarement, après une évaluation à cette consultation, ces patients sont adressés dans une des unités du service, le plus souvent vers l'HDJ thérapeutique. Ils y bénéficient de perfusions de kétamine ou de remédiation cognitive. L'accès à l'HDJ thérapeutique et à l'unité de semaine est ainsi hautement filtré. Concernant les unités d'hospitalisation complète, il faut distinguer deux cas, les cas d'urgence et les cas difficiles, distinction dont je soulignerai l'ambiguïté dans les

prochains chapitres. Dans les cas d'urgence, en particulier lorsque les patients risquent de se suicider, le recours à ces unités peut se faire facilement depuis les urgences ou depuis un médecin ou un service non-partenaire habituel. Pour les cas difficiles, c'est-à-dire difficiles à comprendre ou résistants aux traitements conventionnels, les patients sont majoritairement adressés par des médecins partenaires réguliers.

3.3 Sélectionner des profils de malades

Le service n'étant pas sectorisé, les psychiatres n'ont légalement pas d'obligations quant au public à accueillir. Il existe cependant des règles implicites concernant les patients qui peuvent être admis, règles qui peuvent être rediscutées. Une des premières est que ceux qui sont adressés par un médecin du service ou par un des adresseurs réguliers soient accueillis sans trop de discussions. Ainsi, la PH de l'HDJ thérapeutique voulait adresser un patient qu'elle suivait en consultation vers l'HDJ diagnostique. La PH responsable de ce dernier commençait à remettre en cause la pertinence de la demande et la première lui rétorqua avec agacement « écoute, on ne va pas rediscuter les patients adressés à [l'HDJ diagnostique] par des médecins qui connaissent très bien l'unité, ça n'a pas de sens et c'est une perte de temps ». En outre, les patients qui ont déjà été hospitalisés dans une des unités du service, a fortiori s'ils sont suivis par un partenaire régulier, auront plus de facilités à être admis, à condition que les séjours précédents se soient bien passés et que la collaboration avec le psychiatre traitant ait été simple. Ensuite, le service accepte ceux qu'ils considèrent comme intéressants. Un cas intéressant, c'est un cas qui pose des questions qui pourront être résolues par leur expertise : énoncer un diagnostic complexe, en particulier faire la différence entre un trouble de l'humeur et d'autres pathologies, psychiatriques ou non ; proposer des solutions adaptées à une maladie particulièrement résistante aux traitements conventionnels. Ce sont aussi des cas qui pourront être inclus dans des protocoles de recherche clinique et donner lieu à des publications ou permettre de développer de nouvelles techniques thérapeutiques.

Certains patients peuvent être imposés par l'administrateur en charge de la gestion des lits dans l'hôpital. Les psychiatres tentent alors d'y trouver leur intérêt en traquant le trouble de l'humeur dans l'état qu'ils ont à évaluer et à prendre en charge. Ainsi, l'administration obligea le service à accepter un patient hospitalisé depuis de nombreux mois en neurochirurgie. Il s'agissait d'une personne sans domicile fixe qui consommait régulièrement de l'alcool et du crack. À la suite d'une rixe dans la rue, il fit un malaise et fut conduit aux urgences et transféré au service de neurochirurgie en raison d'une suspicion d'accident vasculaire cérébral. Les

médecins ne purent identifier de lésion cérébrale, mais il garda une hémiplégie, un état cognitif dégradé et des comportements violents, sans qu'il soit possible de déterminer s'il s'agissait de son état antérieur au malaise. Il resta un an dans ce service et l'hôpital demanda au service de psychiatrie de recevoir ce patient. Le PH de l'unité de semaine vint le visiter dans le service de neurochirurgie avec le CCA de l'unité ouverte en vue de préparer son arrivée. À la fin de leur évaluation, il lui dit « la dimension thymique, on la réévaluera. Donc il y a plusieurs dimensions, d'abord sur le plan médical, ils doivent éliminer une encéphalopathie médicamenteuse ou autre, ensuite il y a l'air d'y avoir quelque chose de fixé soit du fait du trauma, soit du fait des toxiques et, enfin, quelque chose de réversible qu'on peut nommer anxiodépressif » (extrait du journal de terrain). Ce cas imposé est ainsi transformé en cas intéressant.

Les services ont également un certain nombre de règles concernant les patients qu'ils n'acceptent généralement pas. La première est commune à l'ensemble des services de psychiatrie : ils sont classiquement réticents à admettre les patients porteurs d'une maladie neurologique associée à des troubles du comportement. Comme je l'ai montré dans l'exemple précédent, ils ne peuvent pas toujours éviter ces situations et tentent alors d'en faire des cas intéressants. À quelques exceptions près, il ne reçoit pas certains malades psychiatriques, et notamment deux : les schizophrènes, dont ils estiment que la prise en charge doit s'effectuer dans les hôpitaux de secteur, et les patients souffrant d'addictions⁴⁶⁵. Cependant, de tels patients sont parfois acceptés, si le médecin adresseur a d'abord suspecté un trouble de l'humeur par exemple. Ces patients peuvent continuer à être suivis dans le service à condition que le médecin adresseur soit un partenaire régulier ou si l'équipe du service ne se démobilise pas. C'est notamment le cas lorsque le patient est sympathique, issu d'un milieu social favorisé ou qu'il suit à la lettre les recommandations qu'on lui donne. Leur attitude à l'égard des patients ayant un diagnostic de trouble de la personnalité est plus ambiguë. S'ils considèrent généralement que ces patients n'ont pas besoin d'être hospitalisés, ils cherchent à les aider en s'efforçant de les voir comme des patients ayant un trouble de l'humeur. Dans l'extrait suivant, la PH de l'HDJ thérapeutique présente une patiente qu'elle a reçue en consultation et pour laquelle elle souhaiterait débiter une cure de kétamine. La qualification floue du cas à la frontière entre le trouble de la personnalité et le trouble de l'humeur permet de justifier le recours à un traitement innovant qu'elle projette d'utiliser comme traitement d'épreuve.

PH de l'HDJ thérapeutique « Elle n'a pas de trouble bipolaire, elle a une dépressivité chronique, je ne dis pas dépression, ce sont plutôt des éléments de

⁴⁶⁵ Ce n'est évidemment pas le cas pour l'unité d'addictologie du service, qui occupe cependant une place périphérique dans son organisation.

personnalité. (Elle lit son observation) oui, j'ai écrit qu'elle bénéficiait plus du lien thérapeutique avec ses psychothérapeutes que des traitements, mais j'ai quand même un peu tiré sur le trouble dépressif. Mais c'est comme monsieur L., il n'avait pas l'air mal, avec des éléments de perso au premier plan, mais il avait très bien répondu à la kétamine. Si ça l'améliore beaucoup, ça permet de trancher dans le sens d'un trouble thymique qui ne se voit pas » (extrait du journal de terrain).

Contrairement aux troubles de l'humeur résistants, les troubles de la personnalité sont généralement considérés comme des cas peu intéressants. Les soignants estiment que ces troubles ne peuvent pas être traités par les médicaments et qu'ils relèvent d'approches psychothérapeutiques. Lorsque je suivais l'assistante spécialisée dans sa consultation dédiée aux dépressions résistantes, elle s'est plusieurs fois excusée de m'avoir fait déplacer pour des « troubles de personnalité » qui selon elle étaient des cas « pas très intéressants » (extraits du journal de terrain). Enfin, l'âge peut constituer un critère de refus des patients. Les mineurs et les personnes âgées ne sont généralement pas reçues dans le service. Il n'existe cependant pas d'âge clairement établi. Le rejet de la demande se fait le plus souvent au motif que le service ne dispose pas de moyens suffisants : pour accompagner les jeunes dans leur projet scolaire ou les soins de nursing pour les personnes âgées dépendantes. Néanmoins, si ces patients sont adressés par un partenaire régulier, que le cas semble suffisamment intéressant ou que le ou la patiente est imposée par l'hôpital, le service les accueille.

3.4 Gérer le processus d'adressage

Recevoir un patient adressé par un confrère nécessite de préparer un ensemble d'actions, d'organiser en amont son arrivée. En effet, même s'il s'inscrit dans une relation de collaboration préexistante, chaque adressage a un caractère contingent. Il dépend de la situation de maladie, des tâches qui devront être menées et des ressources dont dispose le médecin receveur à ce moment. L'adressage suit généralement les mêmes étapes dans les différentes unités. Tout d'abord, le médecin adresseur communique au receveur des informations sur le malade en lui faisant parvenir une « demande ». Une demande est un document écrit, sur papier ou par informatique, en texte libre ou sous la forme d'un formulaire à remplir, par lequel celui-ci requière les services d'une unité ou d'un confrère. Il peut les solliciter pour bénéficier de leur expertise, des moyens thérapeutiques ou d'observation qu'ils ont à disposition ou pour mener des bilans complémentaires. Avant de parvenir aux receveurs, ces demandes sont généralement

centralisées par un ou une soignante, infirmière, cadre ou médecin. Elle peut être complétée avec d'autres informations par l'adresseur, mais aussi par le receveur ou par la personne qui les regroupe. Dans ces deux derniers cas, l'adresseur communique ces informations par oral. La façon d'enregistrer et de traiter ces demandes varie selon les unités, et le degré d'urgence exprimé par le médecin adresseur. Pour les consultations, c'est une infirmière qui centralise les demandes et qui les répartit par pathologie aux différents médecins en fonction de leur sous-spécialité. Pour les hôpitaux de jour et l'hôpital de semaine, les demandes sont également rassemblées par une infirmière, mais elles sont traitées en réunions de synthèse. Enfin, les demandes d'hospitalisation à temps complet sont centralisées par les cadres. Ainsi, quand un médecin adresseur souhaite organiser ce type d'hospitalisation, soit il envoie une demande aux cadres, soit il contacte le médecin de l'unité, qui en informe les cadres. À cet instant, il fixe un degré d'urgence avec laquelle les patients doivent, selon lui, être admis dans le service. Lorsque la situation est alarmante, il peut également appeler directement le responsable de l'unité pour le faire venir immédiatement. Le nombre d'interlocuteurs est alors moindre et l'adressage plus rapide.

Le traitement des demandes des hôpitaux de jour et de l'hôpital de semaine se fait donc en réunion de synthèse, soit avant, soit après que l'on a parlé des patients déjà présents. C'est à ce moment que le psychiatre responsable de l'unité prend connaissance des courriers des médecins adresseurs ou des patients. Il ou elle lit le courrier à voix haute, soit dans son intégralité, soit en le résumant, éventuellement ponctué par des commentaires. Ces unités, plus que d'autres, reçoivent des patients auto adressés par leurs médecins responsables. Dans l'ensemble des demandes, ils expliquent en quoi leurs consultations ne suffisent plus : ils ont besoin d'une évaluation par plusieurs soignants, sur un temps plus long ; ils sollicitent l'avis de spécialistes ; ils souhaiteraient que soient réalisés des bilans complémentaires ou des traitements dont ils ne disposent pas ou qui imposent une surveillance étroite. Le traitement de ces demandes leur permet de déterminer ce qui leur semble nécessaire pour répondre au mieux aux souhaits de leur collègue. Ils peuvent ainsi prévoir la réalisation de certains examens complémentaires, la prescription de certains médicaments, la durée de la prise en charge. Ils peuvent aussi anticiper sur les possibles diagnostics et dire « pour lui, ce sera soit une schizophrénie avec dépression, soit un trouble du spectre autistique » (PH de l'hôpital de semaine, extrait du journal de terrain). Ils doivent, en outre, déterminer les intervenants qui évalueront les patients. Cette attribution peut être simple lorsque la demande est routinière. La PH de l'hôpital de jour lit ainsi un courrier et dit à l'assistante chargée de la journée dépression résistante de l'HDJ diagnostique « c'est un effondrement dépressif avec une résistance aux

antidépresseurs prescrits par son psychiatre. [À l'assistante spécialisée] ça, c'est pour toi » (extrait du journal de terrain). Lorsque la demande correspond moins aux pratiques de routine de ces unités, le choix des intervenants peut être plus difficile. Ainsi dans l'échange suivant, la patiente présente des difficultés qui ne sont pas spécifiquement évaluées au cours d'une des journées de l'HDJ diagnostique :

PH de l'HDJ diagnostique, commentant un courrier « elle a l'air perdue, il y a des consommations de drogues, des abus sexuels... bon, ils ne s'en sortiront pas en consultation. On la met sur quoi ? Elle fait très état limite... Sur un HDJ PTSD ? »

PH de l'HDJ thérapeutique « il y a des toxiques ? Pourquoi pas avec l'addicto ? »

Assistante spécialisée « moi je veux bien la voir, mais il me faudra du soutien »

PH de l'HDJ thérapeutique « sinon un mercredi et on demande aux addicto de passer. (Pas de réponse) OK, on fait ça » (extrait du journal de terrain).

Lorsque la demande ne leur semble pas pertinente, les psychiatres orientent les patients sur une autre unité. Une des PH dit ainsi à propos d'une demande « Ça a l'air compliqué cette histoire. Moi je la mettrais sur [l'unité de semaine], on gagnera du temps parce que, vu son profil, je sens que c'est ce qu'on va conclure ici » (extrait du journal de terrain). Ces réunions permettent aux psychiatres de déterminer avec quel degré d'urgence les patients doivent être admis, mais aussi de leur orientation dans le système d'unités du service.

Lorsqu'une décision a été prise sur l'aiguillage des patients, la personne chargée de centraliser les demandes s'occupe de les convoquer au bon moment et au bon endroit. Il ou elle leur envoie une convocation par courrier, leur indique les démarches à effectuer, et leur communique des informations concernant les aspects pratiques de leur arrivée à l'hôpital. À ce stade, les médecins peuvent également accélérer ou différer la venue d'un malade, selon le degré d'urgence ou quand ils rencontrent des difficultés d'organisation.

Lorsque la mission de l'unité auprès d'un patient est terminée, le médecin receveur se trouve dans la position de l'adresseur. Il peut rendre le patient au psychiatre qui le lui adressait, éventuellement en lui faisant des recommandations sur la marche à suivre ou avec l'assurance de le reprendre en cas de nouvelle dégradation de son état. Si le psychiatre receveur n'est pas satisfait de l'évolution d'un patient, il demande parfois à d'autres unités ou services de continuer à prendre en charge le malade. Ainsi, après un séjour à l'unité ouverte, les médecins peuvent soit organiser la sortie avec un relai de suivi par le psychiatre traitant ou faire appel à l'hôpital de jour pour programmer un retour à domicile plus progressif. Plus rarement, ils orientent les malades vers un ensemble de structures médico-sociales capables d'assurer un

accompagnement à domicile. Les psychiatres peuvent également solliciter une autre évaluation diagnostique, en particulier s'ils suspectent une pathologie qui ne soit pas un trouble de l'humeur, comme un autisme. Lorsqu'il n'existe pas de suivi au préalable, les psychiatres adressent les malades soit vers un confrère en libéral, soit vers leur centre médico-psychologique de secteur. Ce choix est fait selon les moyens des patients, le type de difficultés qu'ils présentent et leur souhait. Les psychiatres conservent leur réseau d'adressage des autres postes qu'ils ont occupés auparavant. La PH de l'HDJ décrit ainsi qu'elle avait gardé un « carnet d'adresses » des psychologues vers qui elle redirigeait les patients, quand elle était assistante à l'unité de semaine.

3.5 Les règles de conduite dans la relation d'adressage

L'adressage est une transaction au cours de laquelle un médecin demande à un autre de gérer une partie des tâches ou la totalité de la phase d'une trajectoire de maladie. C'est donc un service que lui rend le receveur. En échange, l'adresseur lui promet qu'il lui adressera un cas intéressant, un sujet potentiel pour mener des essais thérapeutiques ou pour publier dans une revue médicale. Par ailleurs, les médecins responsables d'unité ont besoin de ces patients adressés pour remplir leurs lits ou tester de nouvelles molécules. De plus, implicitement, l'adresseur accorde sa confiance et reconnaît l'expertise ou la maîtrise technique des médecins ou du service receveur, ce qui constitue une source de prestige. Le lien ainsi créé porte en lui la promesse de contributions futures : le médecin adresseur peut s'engager à suivre en retour certains patients du médecin receveur ou à collaborer sur des projets de recherches.

La relation d'adressage implique que les parties prenantes suivent un ensemble de règles qui comprend des devoirs et des concessions sur la gestion de la trajectoire de maladie. Lorsqu'un de ces termes n'est pas respecté, l'une d'elles peut s'énerver, le faire savoir à son confrère ou arrêter toute collaboration à l'avenir. Cette dernière alternative est la plus fréquente quand les partenaires n'ont pas d'obligations les uns envers les autres, s'ils n'appartiennent pas au même réseau par exemple. On assiste alors à ce qu'E. Freidson a appelé le boycott personnel⁴⁶⁶. Tout d'abord, l'adresseur s'engage à n'adresser que les patients pour lesquels il a effectivement fait tout ce qui était possible en consultation ou dans son cadre de travail. Ensuite, il est attendu que le médecin adresseur propose le type de patients que le service accueille habituellement. Au minimum, celui-ci doit avoir donné les bonnes informations pour que le

⁴⁶⁶ (Freidson, 1988)

médecin receveur puisse s'en assurer par lui-même en consultant le dossier. Dans le cas contraire, les receveurs déclinent la demande de l'adresseur. Ainsi, un médecin du service d'addictologie demanda que deux patientes qu'il suivait soient prises en charge à l'HDJ. La PH dit « non, mais on ne va pas les prendre, on n'est pas un HDJ d'addicto, il faut que ce soit compatible avec ce qu'on propose ici » (extrait du journal de terrain). Par ailleurs, l'adresseur s'engage à céder de façon temporaire la gestion de la maladie. La somme des tâches à accomplir durant cette phase de la trajectoire peut être explicite et claire avant que le médecin adresse le malade. Cependant, il peut être nécessaire pour les deux parties de renégocier en cours de route ce que chacun peut faire et ne peut pas faire, même s'ils collaborent depuis longtemps. C'est particulièrement saillant lorsque les patients continuent à voir l'adresseur pendant le suivi du receveur. Dans l'extrait suivant, la PH de l'HDJ thérapeutique réalise que le psychiatre traitant d'un patient l'a revu plusieurs fois et changé son traitement à son insu. Elle dit, en colère, « non, mais c'est insupportable, s'il fait les choses contre nous, il va se le gérer son patient. Je vais l'appeler pour lui dire que s'il baisse les traitements, on va arrêter de le suivre » (extrait du journal de terrain). L'adresseur s'engage également à reprendre le suivi une fois cette phase terminée, mais aussi à mettre en application les recommandations du receveur.

Le médecin receveur, quant à lui, s'engage à s'occuper de toutes les tâches qui composent la phase de trajectoire qu'il accepte de gérer. Ainsi, une des psychiatres consultantes avait adressé un malade à l'unité de semaine pour que son traitement médicamenteux soit adapté, ce qu'ils ne firent pas. À la lecture du compte rendu, elle dit avec agacement « d'accord, donc ça ne sert à rien de leur adresser des patients ! ». En outre, les médecins receveurs s'engagent à s'assurer que les mesures qu'ils préconisent au long cours ne vont pas à l'encontre de ce qu'est prêt à mener le médecin adresseur. Ils promettent enfin à ne pas adresser le patient à un autre psychiatre ou à le garder pour eux. Cette dernière règle vaut également lorsque les patients consultent dans le service par eux-mêmes : les psychiatres tentent d'éviter de se substituer au suivi d'un confrère.

L'attitude des deux parties dépend de la solidité du réseau de collaboration qui les unit. D'une part, l'observation ou non de ces règles n'a pas les mêmes conséquences selon que les deux médecins coopèrent régulièrement ou de façon ponctuelle. En effet, lorsqu'il s'agit d'un adressage unique, le non-respect d'une de ces règles conduit rapidement à rompre tout lien. Inversement, lorsque deux psychiatres travaillent dans le même service, et a fortiori s'ils sont liés par des rapports hiérarchiques, il y a peu de chance pour que leur relation s'arrête définitivement. Dans le premier cas, l'un des médecins peut décider de boycotter l'autre. Dans le second, l'un des médecins peut entrer dans un conflit ouvert ou au contraire nourrir une

rancune pour l'autre sans que rien ne se passe. D'autre part, la solidité antérieure du réseau de collaboration façonne l'attitude des médecins à l'égard des situations. Lorsque les receveurs ont peu l'habitude de travailler avec un adresseur, ou qu'ils ont déjà eu une expérience négative avec lui, ils ont tendance à avoir une plus faible confiance dans les informations qu'il leur a données. Au contraire, avec un adresseur régulier, les receveurs accordent généralement plus de crédibilité aux informations apportées. De plus, ils vont plus volontiers fixer des objectifs élevés, quitte à démultiplier les interventions thérapeutiques.

La circulation des patients dans le dispositif est ainsi le fait de psychiatres exerçant au cœur de réseaux complexes. Ce maillage relie des personnes et des organisations et apporte un ensemble de règles et de valeurs qui donnent sa forme à l'adressage. Ce dernier répond à une double nécessité : aider les patients à aller mieux et mener à bien la recherche biomédicale. C'est dans la même perspective que les techniques sont déployées au sein des unités, comme je le décris dans ce qui suit.

4. Constituer, gérer et entretenir le plateau technique

Enfin, les psychiatres donnent sa forme au service de psychiatrie en mobilisant divers outils techniques agencés en un plateau technique. Par plateau technique, je désigne à la fois l'ensemble des techniques employées à visées diagnostiques et thérapeutiques, tout autant que les lieux, les savoir-faire et les connaissances indispensables à leurs usages. Le premier temps de cette section est dédié à la description des tâches destinées à organiser l'accès aux techniques et à leur maintenance. Dans le second, je montre la place centrale qu'occupe l'expérimentation pour la clinique et la recherche dans ce type de services.

4.1 Travailler avec des outils techniques

Les services de psychiatrie sont équipés d'un ensemble d'outils techniques. Par outils techniques, j'entends des objets fabriqués qui sont mobilisés dans la production des trajectoires de maladie. Les soignants des services de psychiatrie en utilisent plusieurs types. Les premiers sont ceux que les psychiatres emploient spécifiquement pour améliorer l'état des malades, les outils techniques thérapeutiques. Il s'agit des médicaments qui peuvent être administrés sous plusieurs formes : orale et injectable, en intramusculaire ou en intraveineuse. L'équipe de

psychiatrie manie également des machines plus complexes : la machine à ECT et à rTMS. Dans la suite de cette section, je parlerai essentiellement des outils techniques thérapeutiques.

Les autres outils techniques sont communs à la plupart des spécialités médicales et ils permettent de poursuivre des buts diagnostiques et thérapeutiques. La plupart d'entre eux favorisent le bon fonctionnement et la sécurité des outils techniques thérapeutiques. Ils comprennent le matériel destiné à perfuser ou à pratiquer des prises de sang, à recueillir les urines ou les selles, à enregistrer un tracé d'électrocardiogramme, à mesurer les constantes vitales (tension artérielle, pouls, température, saturation en oxygène). D'autres, eux aussi communs à la plupart des services, assurent la circulation d'informations. Il s'agit des dossiers en papier et ce qui permet de les classer, des tableaux sur lesquels les noms des patients sont inscrits, ainsi que des ordinateurs. Ceux-ci donnent accès aux dossiers de patients informatisés, aux logiciels de prescription et de dispensation de traitements, aux résultats d'examens complémentaires, aux boîtes mail par lesquelles des informations arrivent aux psychiatres, mais également à un ensemble de fichiers partagés entre les soignants⁴⁶⁷. Certaines machines sont accessibles en déplaçant les patients dans des services spécifiques : les EEG, les examens d'imagerie (IRM, scanner, radio)...

L'usage de ces outils nécessite de mener une série de tâches qu'Anselm Strauss a appelé le travail sur les machines⁴⁶⁸. Celui-ci comprend des tâches visant à leur *entretien*, à la *production du travail médical* et à *l'organisation de l'accès des patients* à ces techniques. Ces outils et leurs composants doivent ainsi être entretenus pour garantir la pérennité de leur emploi. Tout d'abord, ces outils sont *rangés*. Concernant les médicaments, ce sont généralement les infirmières qui assurent ces rangements : elles transfèrent les médicaments des armoires à pharmacie des unités vers les tiroirs de rangement par patient dans leur chariot. Ce rangement peut être sécurisé, en particulier pour les médicaments classés stupéfiant⁴⁶⁹ qui sont entreposés dans des armoires fermées à clef et dont les entrées et sorties doivent être notées par écrit. Les machines peuvent être stockées dans une pièce et transportées sur le lieu de réalisation des séances, comme l'ECT, ou rester dans un endroit qui lui est dédié, comme avec la rTMS. Certaines pièces sont consacrées à la réalisation d'actes techniques. Ainsi, à l'HDJ thérapeutique, un local a été aménagé pour mener les perfusions de kétamine.

Ensuite, ces outils doivent être *approvisionnés*. C'est vrai des réserves de médicaments, du papier pour la machine à ECT, des électrodes à usage unique, du gel de conduction de

⁴⁶⁷ Par exemple les plannings de patients pour les séances d'ECT

⁴⁶⁸ Machine work (A. L. Strauss et al., 1985)

⁴⁶⁹ C'est le cas de la kétamine

l'électricité, du matériel stérile pour perfuser. De même, ce sont généralement les infirmières qui identifient que tel outil manque : soit elles gèrent elles-mêmes leur commande, soit ce sont les cadres de santé qui s'en chargent. Par exemple, pour les médicaments, si elles constatent qu'elles sont à court d'un médicament, elles le signalent à la pharmacie qui en envoie un lot. En cas d'urgence, les infirmières des autres unités les dépannent d'un ou plusieurs comprimés. Ces outils sont régulièrement *monitorés* : il faut vérifier qu'ils fonctionnent de façon optimale, en toute sécurité pour les patients et les soignants. Pour les appareils qui enregistrent quelque chose du corps des patients, il faut garantir la précision de cet enregistrement. C'est particulièrement vrai de l'enregistrement EEG de la machine à ECT, sans lequel il n'est pas possible de déterminer la durée d'une crise convulsive. Les soignants doivent également assurer la *maintenance* de ces outils en cas de défaut de fonctionnement. Ils identifient d'où vient le problème et éventuellement font appel à un technicien ou demandent à changer la machine. Enfin, ils vont *régler* les machines en suivant les indications du médecin prescripteur. Ils adaptent la charge électrique pour la machine à ECT, l'intensité et la fréquence de stimulation pour la machine à rTMS, le débit de délivrance du médicament pour les seringues électriques.

En outre, les soignants assurent la production du travail médical à partir de ces outils. Tout d'abord, les patients sont *placés physiquement en présence* de ces outils. Ils peuvent ainsi être déplacés sur le lieu où ils sont utilisés : en brancard ou à pied accompagnés d'un soignant pour les séances d'ECT ou les perfusions de kétamine. Ils s'y rendent parfois par eux-mêmes, par exemple en venant au poste de soin pour demander un médicament ou aller dans la salle de rTMS. Enfin, dans certains cas, les professionnels les transportent jusqu'aux patients, comme lorsque les infirmières déplacent leur chariot de traitement de chambre en chambre. Les machines à ECT et à rTMS nécessitent que les patients gardent une certaine *position*. Ensuite, les soignants assurent la *connexion* entre le patient et l'outil. Ils donnent un médicament, effectuent les branchements des machines sur les patients, disposent les palettes et mesurent la résistance de la boîte crânienne pour l'ECT, perfusent, placent la bobine de rTMS selon les repères de « neuronavigation ». Ces corps « appareillés » doivent être *surveillés* : surveiller le scope pendant une perfusion de kétamine, l'enregistrement de l'électro encéphalogramme (EEG) lors de la crise d'une séance d'ECT, évaluer les effets dissociatifs d'une perfusion de kétamine, la tolérance des médicaments. Cette surveillance peut avoir lieu alors que les patients sont connectés à des machines, ou plus tard, à partir des traces gardées d'un ensemble de mesures.

Enfin, les soignants organisent l'accès des patients à ces techniques. Cela consiste à gérer le flux des patients sur les différents outils techniques du service. Tout d'abord, les

professionnels, le plus souvent les psychiatres, doivent *s'approvisionner* en patients. Ils constituent et entretiennent pour cela des filières d'adressage pour cette technique. D'une part, ils jouent un rôle de *gatekeepers*⁴⁷⁰, c'est-à-dire qu'ils régulent l'accès à des techniques rares. D'autre part, inversement, ils s'assurent que le débit de patient ne se tarisse pas. En cas de pénurie de patients, les psychiatres peuvent dévier des filières d'adressage d'autres traitements. Une amie m'a raconté que dans le service universitaire dans lequel elle travaille, ils se sont trouvés à court de patients pour les séances d'ECT, ce qui posait un problème pour garder les places en salle de réveil. Le chef de service identifia que trop de patients avaient été orientés vers les cures de kétamine et en fit interrompre certaines afin de pouvoir remplir les listes d'ECT. Ensuite, les soignants doivent *organiser l'occupation* de ces techniques. Ils recourent le plus souvent à des plannings, auxquels il est toujours possible d'apporter des modifications de dernière minute. Les réunions de synthèse sont des temps privilégiés pour gérer les flux de patients, mais aussi pour trouver des solutions à un ensemble de problèmes liés à l'usage des techniques : rappeler les règles de bonne utilisation, qui doit réaliser quelle tâche, rediscuter de l'organisation pratique.

4.2 Innover en psychiatrie : la place de l'expérimentation dans les services universitaires

Les services universitaires de psychiatrie emploient souvent de nouvelles techniques thérapeutiques. Leur mise en place peut être décrite en trois phases : la préparation, l'implantation et l'utilisation en routine⁴⁷¹. Selon le type de technique, ces trois phases peuvent prendre une place plus ou moins importante, voire ne pas avoir lieu. En outre, il peut y avoir des retours en arrière, des chevauchements.

Dans la phase de *préparation*, un ou plusieurs psychiatres, généralement chefs de service ou responsables d'unité prennent connaissance de l'existence de l'une d'elle. Selon son ancienneté, les psychiatres ne les découvrent pas de la même manière. Il peut s'agir d'une molécule ou d'une machine commercialisée pour la première fois. Ce sont le plus souvent les industriels et les visiteurs médicaux qui les promeuvent et communiquent aux psychiatres les modalités de leur utilisation. Ils appuient leur argumentaire sur les résultats des études de phase III précédant l'autorisation de mise sur le marché et démontrant l'efficacité et l'innocuité

⁴⁷⁰ Terme emprunté à Renée Fox et Judith Swazey (Fox & Swazey, 1974)

⁴⁷¹ Dans un chapitre d'ouvrage à paraître (Michel, À paraître), j'analyse plus précisément comment l'expérimentation transforme les pratiques. Je décris des « boucles expérimentales au cours desquelles se succèdent des phases d'*imitation*, d'*improvisation*, d'*évaluation*, de *vérification*, et de *publicisation* » (p.7).

de la procédure. S'il s'agit de méthodes employées depuis longtemps dans d'autres centres, c'est différent. Dans ce cas, les médecins ont soit pris connaissance des modalités de leur usage par des collègues, soit en utilisant ces traitements eux-mêmes lorsqu'ils occupaient un autre poste ailleurs. Ainsi, lors de mon terrain de mémoire de master, dans un service universitaire de la banlieue parisienne, le chef de service demanda que l'ECT y soit pratiquée et demanda conseil à un service universitaire voisin pour établir des protocoles. Par ailleurs, à la Charité, un des PU-PH, qui travaillait auparavant en province, vint avec le projet de réaliser des cures de rTMS, ce qu'il pratiquait dans son premier service. Parfois, le service a utilisé ces techniques par le passé, mais son usage s'est perdu. Ce fut le cas de certains IMAO, dont j'ai déjà parlé. Il peut enfin s'agir de molécules ou de machines utilisées dans d'autres indications en médecine ou en psychiatrie. Dans ce cas, qui est celui des perfusions de kétamine, les psychiatres apprennent ces pratiques dans la littérature médicale internationale, de leurs collègues ou dans des congrès. Pour l'ensemble de ces procédés déjà existants, les psychiatres ont généralement des données concernant leur usage par les industriels, des publications médicales ou des collègues qui les employaient auparavant.

Plusieurs services peuvent collaborer régulièrement pour la mise en place de nouvelles techniques. Ces réseaux de collaboration sont souvent issus de réseaux préexistants : lorsqu'ils sont rattachés à la même faculté, groupement d'établissements ou faire partie d'un réseau d'adressage commun. D'autres fois, ces coopérations autour de méthodes particulières constituent les seuls contacts qui existent entre deux services. Comme pour les réseaux d'adressage, une expérience de collaboration positive peut ainsi contribuer à façonner un réseau solide, en particulier par l'institutionnalisation de rencontres régulières. Lors de ces rencontres, les médecins des différents services présentent des cas cliniques, des essais cliniques ou des revues de la littérature. La promotion de techniques rares ou peu usitées occupe une place importante de ces réunions. Une telle collaboration n'exclut pas une certaine concurrence entre les services : pour la publication d'articles scientifiques, concernant le nombre de patients traités ou la façon d'utiliser la technique. Par exemple, la Charité collabore régulièrement avec le service universitaire d'un autre hôpital. Bien que proches géographiquement, ces services appartiennent à des GHU différents, sont rattachés à deux facultés indépendantes, et ils ne partagent pas de réseaux d'adressage. Pourtant, ils se rencontrent fréquemment et particulièrement pour échanger sur des techniques innovantes. Ainsi, dans les années 2000, ils ont défendu ensemble le maintien de l'usage de l'antidépresseur IMAO iproniazid avant sa décommercialisation. C'est dans ce contexte que le chef de la Charité a pris connaissance, par le chef de l'autre service, de l'intérêt et des modalités d'utilisation de la kétamine.

Les psychiatres s'engagent dans l'implantation d'un nouveau traitement en pointant que son absence est problématique. Cela relève souvent d'une inadéquation entre le fait de clamer une expertise dans une pathologie et de ne pas pouvoir proposer les traitements de référence de cette dernière. Ainsi, concernant la kétamine, le chef de service dit en entretien « Donc par les discussions, on a compris qu'il fallait à un moment donné qu'on soit dans le bateau parce que ça n'a pas de sens si on dit qu'on s'occupe de dépressions résistantes et qu'on n'en fait pas » (entretien avec le chef de service de la Charité). Ce constat peut également être présenté sur le mode de l'indignation, pointant le caractère inacceptable de cet état de fait. Le chef de service d'un hôpital de banlieue de mon mémoire dit en entretien « tous les [services universitaires] faisaient [des ECT], c'était choquant qu'il n'y en ait pas, presque une honte » (entretien avec le chef de service de l'hôpital de banlieue).

Pour préparer l'implantation de la technique, les psychiatres consultent généralement la littérature médicale la concernant. Cela leur permet d'anticiper la mise au point de certains paramètres de la procédure : les conditions dans lesquelles la mener, le matériel nécessaire, les doses à administrer, le type d'effets à attendre, les moyens décrits pour gérer ceux qui seraient indésirables. Cela rend également possible de préciser la fréquence avec laquelle mener la procédure, les formes pathologiques pour lesquelles ces techniques sont employées, les malades qui ont le plus de chances de répondre, les pourcentages de succès et d'échec. Ce travail de compilation d'études peut être publié sous la forme d'une revue de la littérature ou d'une méta-analyse. Cela les conduit à la fois à proposer une synthèse des connaissances sur l'usage de cette technique, mais aussi à signaler à leurs confrères qu'ils se lancent dans son implantation.

Les services s'équipent du matériel nécessaire à la réalisation de ces procédures. Lorsqu'il s'agit de médicaments, ce sont les pharmacies centrales des hôpitaux qui se chargent de se fournir et les délivrent aux services. Pour les machines, ce sont généralement les médecins eux-mêmes qui se mettent en relation avec les fabricants, même si la transaction financière est menée par la direction de l'hôpital et par les cadres de santé. Pour la mise en place de l'ECT dans le service de banlieue de mon mémoire, le choix de la machine fut simple : presque tous les services français utilisent le même dispositif. Son fonctionnement fut alors présenté par le constructeur aux deux psychiatres. Pour la rTMS, un médecin de la Charité avait déjà acheté une machine qui était restée inutilisée pendant plusieurs années. Lorsque le PU-PH de province est arrivé, il l'a de nouveau fait fonctionner, puis l'année suivante a demandé l'achat d'une autre plus sophistiquée, équipée d'un outil de neuronavigation.

La phase d'*implantation* peut être divisée en deux sous-phases : l'exploration, et la standardisation. Lors de l'*exploration*, les psychiatres cherchent à reproduire les effets décrits

dans la littérature, mais aussi à se faire la main tout en garantissant l'innocuité de la procédure. Ils en fixent les paramètres (dose, conditions de réalisation...) de manière à obtenir un maximum d'effets bénéfiques et un minimum d'effets indésirables. Le degré avec lequel les psychiatres peuvent improviser pendant la phase dépend de l'âge de la technique et de son cadre légal. Ainsi, avec la kétamine qui est d'usage récent en psychiatrie et dont l'encadrement légal était très large⁴⁷², les psychiatres ont pu expérimenter plusieurs doses et plusieurs conditions de réalisation des séances. En revanche, dans le cas de l'ECT, technique ancienne et déjà standardisée, on ne peut pas parler d'improvisation. Le cadre légal rendait sa conduite en salle de réveil obligatoire et le calcul des charges à délivrer était déjà établi par des protocoles, certes modulables, mais imposant certaines contraintes. Dans cette sous-phase, l'organisation du travail est assez fluide, médecins comme infirmières pouvant mener toutes les tâches de la procédure. Le recrutement des patients se fait à partir de ceux déjà disponibles dans les unités des services et non par des filières organisées en amont.

Une fois que les paramètres des procédures sont stabilisés, les psychiatres cherchent à *standardiser* la conduite d'une cure de traitement. Ils déterminent après quel nombre d'administrations l'état des malades a des chances de s'améliorer et après lequel il n'y a plus d'espoir de le voir changer. Ils définissent également la fréquence et la durée avec laquelle l'appliquer : le nombre de séances d'ECT, de perfusion de kétamine par semaine, le nombre de comprimés par jour et pendant combien de temps. Alors que dans la phase d'exploration, les rôles de chaque professionnel peuvent être assez fluides, dans la phase de standardisation, on tente de fixer assez précisément qui doit et peut réaliser chaque tâche. Pour certaines techniques, il peut être attendu des soignants qu'ils s'y forment spécifiquement et qu'ils fassent preuve d'un niveau de compétence élevé. Les psychiatres organisent également les filières de recrutement : ils font la publicité de cette nouvelle activité auprès de leurs collègues pour qu'ils leur adressent spécifiquement des patients, envoient leurs propres patients ou dévient des patients adressés pour d'autres traitements. La sous-phase de standardisation aboutit à établir des protocoles qui fixent leur usage, même si la plupart du temps ils ne sont pas écrits.

Lorsque ces protocoles sont fixés, l'usage de la technique entre dans une phase de *routine*. L'organisation du travail tend alors à se stabiliser, et les tâches les plus routinières sont volontiers déléguées aux internes, aux infirmières et aux aides-soignantes. Son utilisation peut alors augmenter : les psychiatres ouvrent généralement plus de place en séances d'ECT ou en perfusion de kétamine ; plus de patients reçoivent le nouveau médicament testé. Ce recours plus

⁴⁷² Usage hors AMM

important entraîne le plus souvent un élargissement des situations dans lesquelles la méthode est utilisée et la croissance du volume de patients transitant par les filières d'adressage existant. Dans la phase de routine, on tente d'en optimiser l'usage, c'est-à-dire de la pratiquer pour le plus grand nombre à moindre coût : un minimum de temps d'hospitalisation en mobilisant le moins de soignants possible.

Durant ces différentes phases, les psychiatres peuvent s'engager dans la publication de leurs résultats. C'est particulièrement vrai des techniques récentes. Dans de rares cas, comme pour la rTMS équipée de l'outil de neuronavigation à la Charité, elles sont implantées en même temps qu'un protocole de recherche, donc définies a priori. La plupart du temps, les recherches menées sur des thérapeutiques innovantes partent de la pratique pour établir des critères d'évaluation. Ces résultats sont publiés dans des revues internationales ou communiqués dans des congrès ou des colloques. Les psychiatres tentent généralement d'écrire des recommandations pour leur usage. Ces publications ont une importance capitale pour les carrières des psychiatres puisque ce sont elles qui leur permettent l'obtention de points SIGAPS. En outre, elles les conduisent à voir leur expertise reconnue par leurs pairs, et de remporter des financements, à l'instar des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC).

Conclusion du chapitre 5 :

Le dispositif thérapeutique déployé dans les services universitaires de psychiatrie apparaît protéiforme. Le service tient sa forme générale à des arrangements spatiaux, humains — les soignants et les patients — et techniques. Ces éléments sont à la fois l'objet et le moteur de ces changements. Ainsi, l'arrivée d'un nouveau professionnel ayant d'autres intérêts intellectuels, un réseau d'adressage ou une expertise dans l'utilisation d'une nouvelle molécule sera à l'origine d'un renouvellement des pratiques. Les changements sont quelques fois de simples ajustements. En revanche, ils concourent parfois à configurer un nouvel ordre qui modifie profondément la façon de voir et de gérer certaines situations de maladie. Ces reconfigurations demandent aux soignants et en particulier aux psychiatres de fournir un travail sur le dispositif, au cours duquel ils identifient des problèmes et y apportent des solutions pratiques.

Si les services universitaires de psychiatrie partagent certaines caractéristiques avec les services universitaires d'autres spécialités — adressage des malades par un réseau, haut niveau

d'intégration des techniques — ils affichent cependant un ensemble de spécificités que j'ai présentées ici. Recherche et clinique y forment les deux faces d'une seule pratique, l'expérimentation. C'est ce recours à l'expérimentation qui est à l'origine du caractère mouvant du dispositif et constitue en cela sa spécificité. De nouvelles phases de trajectoires de maladie ne sont pas tant ouverte par l'inclusion dans des essais thérapeutiques testant de nouvelles molécules que par la création perpétuelle d'organisations et d'usages des techniques à durée de vie limitée. La phase de traitement des dépressions résistantes est la résultante de cette spécificité. Dans les prochains chapitres, je montre comment ce dispositif est utilisé en pratique.

Chapitre 6 : Évaluer collectivement des situations de maladie

Dans l'espace des publications, les définitions successives de la dépression résistant aux traitements ont accompagné la standardisation du jugement psychiatrique. Celles-ci tentaient de résoudre des questions telles que : qu'est-ce qu'un traitement adéquat ? Comment juge-t-on de l'efficacité d'un médicament ? Comment s'assurer de la fiabilité d'un diagnostic ? Dans les pratiques, ce sont précisément à ces interrogations que se confrontent les cliniciens. Cela pose le problème de l'évaluation des cas : comment les psychiatres et plus largement les professionnels de la discipline prennent connaissance des situations, les explorent et arrêtent des jugements. Ce chapitre vise à décrire comment jugement médical et évaluations se déploient et s'articulent.

Leur dimension cognitive peut sembler évidente. En effet, le médecin, après avoir évalué l'état du malade et rassemblé les informations qu'il estime pertinentes, rend un jugement et prend une décision. On peut cependant faire trois objections à cette affirmation. La première provient du fait qu'en décrivant ainsi le processus, on n'éclaire pas complètement comment on passe d'une série d'informations à l'énonciation d'un jugement. L'évaluation doit être saisie dans un ensemble beaucoup plus vaste de règles interactionnelles et institutionnelles qui contraignent et façonnent le travail de trajectoire. La seconde concerne le fait que le médecin n'est pas seul à évaluer les situations de maladie. Non seulement l'analyse doit tenir compte du caractère collectif de ces évaluations, mais aussi de la façon dont celles-ci sont articulées les unes aux autres. Troisièmement, le jugement médical est entouré d'une part plus ou moins grande d'incertitude⁴⁷³. Il faut une dose de confiance⁴⁷⁴, en soi, dans les autres et dans les institutions, pour réaliser le « saut dans l'engagement »⁴⁷⁵, et prendre une décision malgré l'incertitude. Le travail d'évaluation implique plusieurs niveaux de confiance de la part des médecins : dans les patients, notamment leur capacité à s'autoévaluer et à observer les recommandations médicales ; dans le reste des soignants ; dans l'efficacité des ressources thérapeutiques et institutionnelles auxquelles il a accès ; en eux-mêmes, enfin, en particulier d'avoir opté pour le bon diagnostic et le bon traitement.

Ces trois aspects de l'évaluation — son inscription dans un ensemble de règles interactionnelles, son caractère collectif et la part d'incertitude qui l'accompagne — ont fait

⁴⁷³ L'incertitude médicale est un objet classique pour les sciences sociales de la santé depuis les années 1950 (Renée Fox dans (Albrecht et al., 2003))

⁴⁷⁴ C'est ce qu'affirme Louis Quéré dans son article « la structure cognitive et normative de la confiance » (Quéré, 2001)

⁴⁷⁵ Terme qu'il reprend à Anthony Giddens (Giddens, 2013)

l'objet d'une abondante littérature en sociologie de la santé depuis les années 1990. Un sous-ensemble de travaux a particulièrement souligné la dimension narrative qui préside au processus de construction des cas. Kathryn M. Hunter, la première, a fait du cas individuel la pierre de touche des connaissances en médecine⁴⁷⁶. Le jugement médical ne suivrait pas tant une série de principes logiques mais impliquerait plutôt d'identifier des nœuds dans le récit des patients qui seraient comparés aux cas précédents. Elle montre que le cas clarifie les interventions médicales en préservant la conscience des médecins de la relation problématique entre les lois générales et les circonstances particulières. En un mot, il permet de réduire l'incertitude. Ces analyses ont partiellement été reprises par le sociologue Paul Atkinson quelques années plus tard⁴⁷⁷. Comme elle, il pointe le caractère narratif de la construction des cas, en identifiant notamment des « circuits de discours », mais insiste sur la dimension collective de ces productions. La prise de décision est un processus distribué socialement, diffus dans le temps et partagé spatialement en unités d'activités. Dans le champ de la psychiatrie, l'anthropologue Robert Barrett a, quant à lui, souligné le rôle capital que jouait le langage écrit dans la construction des cas⁴⁷⁸. Il décrit comment le diagnostic de schizophrénie est construit au travers de ce qu'il appelle des « cycles de lecture — parole — écriture ».

Avec ce chapitre, je me demande comment les évaluations sont socialement organisées. Si je m'inscris dans le prolongement de la démarche de Hunter, Atkinson et Barrett, je prends mes distances avec la dimension discursive du phénomène et replace le travail — des soignants et des patients — au centre de l'analyse. Je défends que la documentation des cas passe par la mise en évidence d'éléments de la situation qui la rende travaillable⁴⁷⁹. Par travaillables, j'entends que ceux-ci donnent prise sur la maladie et sont susceptibles d'engager tous les acteurs de la trajectoire autour d'un objectif commun. Ils impliquent de maintenir ce que j'appelle, à la suite d'Anselm Strauss et ses co-auteurs⁴⁸⁰, un ordre sentimental fait d'une confiance réciproque et d'attentes sur le comportement des malades. J'analyse tout d'abord comment le travail d'évaluation est organisé et articulé collectivement. Reprenant les types de travail développés par Anselm Strauss⁴⁸¹, je décris ensuite les différents aspects de l'état des patients qui sont évalués par les membres de l'équipe. Enfin, j'étudie dans quelles situations les diagnostics sont énoncés ainsi que le type d'ouvertures qu'ils offrent. L'essentiel des données

⁴⁷⁶ (Hunter, 1991)

⁴⁷⁷ (Atkinson, 1995)

⁴⁷⁸ (Barrett, 1988, 1997)

⁴⁷⁹ Je reprends ce terme à Isabelle Baszanger qui parle de « douleur travaillable » (Baszanger, 1995)

⁴⁸⁰ (A. L. Strauss et al., 1985)

⁴⁸¹ *Ibid.*

que je présente ici provient des observations que j'ai menées à l'unité ouverte et des entretiens avec ses professionnels.

1. Organiser l'évaluation des situations de maladie

Les questions d'évaluation et de surveillance ont été traitées par deux grands ensembles de travaux en sciences sociales. Le premier a mis l'accent sur la dimension disciplinaire de la surveillance dans le travail psychiatrique. Michel Foucault, à l'instar de la prison, analyse l'institution psychiatrique comme un dispositif de surveillance⁴⁸². Dans son cours au collège de France, il définit l'ordre disciplinaire de l'asile décrit par Pinel : « la condition du rapport à l'objet et de l'objectivité de la connaissance médicale, et la condition de l'opération thérapeutique sont les mêmes : c'est l'ordre disciplinaire »⁴⁸³. Poursuivant les travaux de Michel Foucault, Lorna Rhodes étudie un service d'urgences psychiatrique comme un dispositif de surveillance⁴⁸⁴. Le fait que l'hôpital exerce une force de normalisation sur les individualités qu'il a à prendre en charge ne fait pas de doute. Cependant, cette lecture n'épuise pas la question et ne rend pas compte de la totalité du travail d'évaluation, mais également la variété des types de tâches qui sont menées en son sein. L'asile de Pinel est bien différent des services de psychiatries universitaires ouverts.

Le second ensemble de travaux s'est focalisé sur l'évaluation comme mode de connaissance des cas de maladies. J'ai parlé de ceux de K. Hunter, P. Atkinson ou encore R. Barrett dans l'introduction de ce chapitre⁴⁸⁵. Ils ont pour caractéristique commune de mettre l'accent sur le cas dans sa dimension de narration, orale ou écrite. Cette section permet d'adresser au moins deux nuances à ces descriptions. La première concerne le caractère d'emblée distribué des évaluations. Les synthèses proposées par les médecins ne mettent pas un terme aux différentes évaluations, elles n'en constituent que le prolongement. De plus, l'aspect foisonnant de ces évaluations, parfois contradictoires, fait partie de la vie du service. L'autre nuance porte sur les catégorisations morales générées par ces évaluations. R. Barrett décrit des « trajectoires morales ». Pour ma part, je n'ai jamais pu reconstituer de parcours uniforme aboutissant à des catégorisations en termes de « bons » ou de « mauvais » patients.

⁴⁸² (Foucault, 1975, 1976, 2003, 2004)

⁴⁸³ (Foucault, 2003) p.5

⁴⁸⁴ (Rhodes, 1995)

⁴⁸⁵ (Atkinson, 1995; Barrett, 1988; Hunter, 1991)

Au contraire, les jugements moraux adressés par l'équipe de psychiatries sont fluctuants, sans cesse renégociés et cohabitent avec d'autres types de jugements cliniques.

Cette section traite de l'organisation sociale de l'évaluation des cas. Celle-ci est distribuée entre les professionnels impliqués dans le travail de trajectoire et nécessite que les différentes tâches soient coordonnées. Après en avoir analysé les principales dimensions, je décris deux temps au cours desquels ce travail est articulé : les visites médicales et les synthèses.

1.1 Le travail d'évaluation

L'essentiel du travail en psychiatrie ne peut être réalisé qu'à condition que des personnes aient évalué une situation de maladie, la rapportent puis surveillent les effets d'un ensemble d'actions menées pour la résoudre. Évaluation et surveillance sont deux aspects d'un même processus : celui permettant aux soignants de se faire une idée de l'état des patients. Par état, j'entends leur façon de se comporter, de penser et de sentir à un moment donné et qui peut être attribué à la maladie, aux interventions ou à leur personnalité. Ce travail est mené en continu et constitue, en psychiatrie, le principal moyen de déterminer des diagnostics et l'effet des traitements. Tous les acteurs des trajectoires peuvent être impliqués dans l'évaluation. Les patients, eux-mêmes, sont invités à livrer des autoévaluations et la famille, une description du comportement de leur proche. Les membres de l'équipe font des observations différentes selon leurs métiers et la division du travail de surveillance repose surtout sur leur mode de présence dans le service. L'articulation des différentes évaluations a lieu dans des temps essentiels de la vie du service : les visites médicales et les synthèses.

Les soignants mobilisent plusieurs facultés pour mener à bien le travail d'évaluation : ils parlent, observent, écoutent et sentent. Ces tâches passent ainsi par les nombreux échanges verbaux qu'ont soignants et patients. Ils peuvent avoir lieu lors d'entretiens en face à face, à l'initiative des premiers ou des seconds : dans le poste de soin, dans les chambres, dans un bureau. Le travail d'évaluation implique aussi des membres de l'équipe qu'ils observent les malades. Leur comportement peut être surveillé dans les couloirs ou dans les espaces de vie commune. Ils notent s'ils ont de l'entrain, s'ils ont l'air anxieux, triste, s'ils sont agités, etc. S'ils repèrent ce qu'ils font, ils relèvent également ce qu'ils ne font pas : se lever le matin, participer aux temps collectifs, s'ils formulent des demandes aux soignants... Les soignants cherchent généralement à savoir comment ils agissent avec les autres et avec le personnel : s'ils montrent du respect, s'ils sont envahissants ou au contraire discrets, s'ils nouent des liens d'amitié entre elles et eux. Ils tentent de mettre en évidence des différences de comportement

selon les contextes. Une infirmière dit en synthèse « madame D., avec nous elle est beaucoup dans la plainte, mais quand elle est avec son mari, tout à l'air d'aller ». Ils écoutent les patients lorsqu'ils parlent avec d'autres ou à leur famille. Ainsi, une aide-soignante dit en synthèse « je l'ai entendu dire à madame P. qu'on ne faisait rien ici pour lui », ce à quoi le CCA répondit « oui, il met beaucoup les choses en échec, on va reprendre ça avec lui ». Les soignants peuvent aussi les sentir et suspecter qu'ils ne se lavent pas ou qu'ils ont fumé dans leur chambre. Enfin, une grande partie du travail de surveillance consiste à évaluer s'ils se conforment avec ce qui est attendu d'eux. Ils cherchent à savoir s'ils se livrent aux autoévaluations, s'ils acceptent de l'aide, sortent, s'ils se rendent en permission lorsque cela leur est demandé, prennent leurs traitements...

Lorsque les patients arrivent à l'hôpital, ils sont installés dans la chambre qui leur a été attribuée par une infirmière. Ils sont ensuite rapidement vus par un des internes du service. Ces premières évaluations ont pour but de recueillir un certain nombre d'informations. L'infirmière pose des questions centrées sur la vie quotidienne et leur demande s'ils ont des allergies ou un régime particulier, s'ils ont besoin d'aide pour la toilette ou l'alimentation. Elles prennent également les constantes vitales et les questionnent sur d'éventuelles douleurs ou gênes. Les internes, eux, tentent d'obtenir le plus d'informations possible afin de rédiger l'observation d'entrée et pouvoir faire une présentation claire au CCA lors de la visite et en synthèse. Ils complètent généralement ce recueil de données par un appel au psychiatre adresseur, à un membre de la famille et cherchent à rassembler des comptes rendus d'hospitalisation ou de consultations antérieures. Internes et infirmières donnent quelques renseignements aux patients : sur les règles de vie collective, en particulier l'heure des repas et de prise des médicaments, sur d'éventuels examens à venir et enfin sur le déroulement des prochains jours. Ils fixent ainsi soit un premier diagnostic, ou du moins un premier motif d'adressage à l'hôpital qu'ils communiquent au reste de l'équipe. Ils prescrivent également un traitement, le plus souvent le même que celui qu'ils prenaient auparavant, dans l'attente de l'évaluation du CCA. Ils peuvent néanmoins ajouter des anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques pour les soulager rapidement. Ils notent enfin les « consignes », c'est-à-dire ce qu'ils ont le droit ou non de faire.

Les infirmières et aides-soignantes évaluent et surveillent les patients à longueur de journée dans le cours de leurs tâches quotidiennes, dans les temps de vie collective, dans les couloirs. Cependant, les tours de traitements, qu'elles effectuent matin et soir, sont des moments essentiels pendant lesquels elles les évaluent. Elles y délivrent des médicaments, mesurent les constantes vitales, demandent s'ils ont des douleurs, comment ils se sentent, et échangent avec eux. Ces questions leur permettent à la fois de mesurer leur confort, mais également de s'assurer

de l'absence de situation alarmante, comme d'idées suicidaires ou de douleurs évocatrices d'une pathologie aiguë. Ces mesures de surveillance routinière sont doublées par un ensemble de vérifications, elles aussi routinières. Les infirmières passent une grande majorité de la journée à contrôler qu'elles donnent les bons médicaments, à la bonne dose, aux bons patients. En cas de doute, elles peuvent directement poser la question aux médecins. La pharmacienne hospitalière complète ce travail de vérification et entre en contact avec les psychiatres si elle identifie un problème de prescription. En dehors de ces temps, les patients peuvent demander à leur parler dans le poste de soin ou dans leur chambre. Les internes les voient généralement de façon quotidienne dans leur chambre et les observent dans les couloirs. Les médecins seniors s'entretiennent avec eux une fois par semaine, lors de la visite et parfois accompagnés de leur famille. Enfin, les psychologues, neuropsychologues, assistantes sociales les reçoivent dans leurs bureaux.

Les évaluations font elles-mêmes l'objet d'un travail d'articulation⁴⁸⁶. Celui-ci a lieu dans des temps de rassemblement des professionnels, ou plus informels, au détour d'un couloir par exemple. Les premiers sont réguliers et obligatoires : les transmissions, les synthèses et les visites. Les transmissions se tiennent trois fois par jour aux changements d'équipe entre infirmières et aides-soignantes, et le matin pour celles réalisées par les infirmières aux médecins. Ce que j'expose ensuite au sujet des synthèses est valable, dans une moindre mesure, pour les transmissions : ce sont des temps d'échanges d'informations, de coordination et de partage de certains sentiments. Pendant celles entre infirmières, l'équipe qui cède la place à l'autre décrit le comportement des patients pendant leur temps de travail. Chaque patient est passé en revue. Par exemple, l'équipe de nuit communique à celle du matin lesquels ont rencontré des difficultés à dormir, lesquels ont eu besoin d'anxiolytiques, etc. Elles donnent également des indications plus générales, non circonscrites à ce qui s'est passé pendant leur prise de poste. Celles-ci portent sur l'évolution plus générale de l'état des malades, sur la nécessité d'en aider certains dans les soins quotidiens, sur la tenue d'examens le jour même... Dans celles aux médecins, les infirmières restituent une partie des informations recueillies auprès de l'équipe de nuit et lors de leur tour. Les infirmières peuvent demander aux internes de prescrire un médicament, de voir en priorité un patient ou de signer une permission. Ces derniers les sollicitent pour réaliser certaines tâches : surveiller spécifiquement tel malade, réaliser une prise de sang ou inciter à leur proposer des traitements à la demande.

⁴⁸⁶ Décrit par A. Strauss et ses co-auteurs (A. L. Strauss et al., 1985)

Le travail d'évaluation est également articulé grâce à un ensemble d'outils impliquant l'écriture et visant à faire circuler les informations. Ce sont les dossiers papier, les logiciels ou encore les tableaux aux murs. Le service de l'unité ouverte est doté de deux tableaux Velléda, situés dans le poste de soin et dans le bureau des internes. Ces tableaux sont subdivisés en cases : à gauche le numéro de la chambre, puis le nom des patients, et un espace pour y inscrire des remarques. Celui placé dans le bureau des internes est tenu par les médecins et celui du poste de soin par les infirmières. Les malades y sont notés à leur arrivée, changés de place en cas de changement de chambre. Les soignants y renseignent certaines informations : les examens prévus, les rendez-vous, la surveillance d'un risque particulier, la date de sortie anticipée. Le contenu des tableaux est modifié principalement lors des temps collectifs, notamment les transmissions et les synthèses.

Au cours d'une hospitalisation, il existe des séquences implicites d'évaluation et de surveillance qui impliquent des tâches différentes et des observations plus ou moins étroites. On peut en dégager au moins deux, qui peuvent se chevaucher. Dans la première on cherche à protéger les malades et à obtenir une évaluation fiable. Lorsque les patients arrivent dans le service, leurs libertés sont généralement restreintes afin de garantir leur sécurité et de pouvoir les observer. Des traitements anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques leur sont prescrits. Cela implique qu'ils se laissent protéger, qu'ils acceptent d'être temporairement retirés de leur vie habituelle et de se voir imposer de nouvelles règles de vie. Les manifestations de maladie sont souvent importantes et les soignants les laissent se reposer. Les psychiatres justifient cette attitude par le fait que la maladie les empêche de faire les choses du quotidien et que les y forcer générerait trop d'anxiété et de culpabilité. Le psychologue et l'assistante sociale savent qu'il est inutile de venir les voir à ce moment-là. Dans la seconde, passés les premiers temps, lorsque les manifestations de la maladie ne font plus craindre pour leur vie, les soignants veulent rendre les malades plus actifs, les « stimuler ». Être stimulé renvoie à un état, dans lequel les patients sont lorsqu'ils sont actifs, mais aussi à l'action qui permet d'atteindre cet état. Les soignants les invitent ainsi à faire des choses dans le service, à sortir de leur chambre, aller se promener dans le parc, échanger avec d'autres. Les évaluations du psychologue et de l'assistante sociale peuvent être sollicitées. Ces différentes séquences sont souvent menées spontanément et de façon implicite par les soignants, mais le CCA peut leur demander explicitement de mener certaines de ces tâches et ainsi forcer le passage d'une séquence à l'autre.

1.2 Les visites médicales : dégager des éléments travaillables

Le chef de clinique assistant (CCA) et plus généralement les psychiatres seniors évaluent les patients au cours de leurs visites. Ils se font une idée de l'état des malades et dégagent des éléments de la situation qui puissent devenir travaillables. Un des enjeux de ces visites est également de nouer un lien de confiance avec eux et de garantir leur engagement dans le travail de trajectoire.

Même si les internes peuvent présenter pour la première fois le cas au chef de clinique en synthèse ou sur des temps informels, la plupart du temps, ils le font lors de sa visite hebdomadaire. Avec celle-ci, le CCA voit l'ensemble des patients du service. La séquence est presque toujours la même : un premier échange préparatoire permet à l'interne d'exposer la situation, puis le CCA mène un entretien, et enfin ils en discutent en dehors de la chambre. D'autres personnes peuvent être présentes à la visite : l'assistante sociale, la pharmacienne hospitalière, des étudiants en médecine, et plus rarement les infirmières. Elles interviennent souvent peu au cours de la première visite. Le CCA a généralement une connaissance préalable du cas, au travers des courriers de liaison, mail ou appels téléphoniques. Il a également des informations de la part de l'équipe et des internes sur le comportement des patients dans le service. La présentation se fait soit devant la chambre soit dans le bureau des internes. Le CCA a devant lui l'ordinateur sur lequel figurent les observations médicales, les traitements, les résultats des examens complémentaires, des mails, des comptes rendus d'hospitalisation antérieure. Il tente de se faire une idée de la situation. C'est aussi un temps d'évaluation des compétences professionnelles des internes et de formation de l'ensemble des personnes présentes. Au cours de leur échange, le CCA évalue la crédibilité des informations qu'ils lui apportent : leur source et la façon dont il ou elle les a comprises. Ils doivent être capables de présenter le cas en le synthétisant, le plus souvent associant un diagnostic et des marques de contexte, mais également de pouvoir en faire une description détaillée. Le CCA cherche à explorer la situation qui a conduit la personne à l'hôpital, mais aussi à déterminer les actions à mener pour avancer dans sa compréhension et pour améliorer leur état.

La plupart du temps, l'interne présente le cas en détail au CCA. La situation est ainsi ouverte, dépliée, afin de mettre en lumière le plus d'éléments possibles. L'exposé commence généralement par le motif d'adressage, c'est-à-dire un résumé de ce qui a posé un problème au médecin qui envoie le malade. Celui-ci est souvent déjà retravaillé par les médecins du service receveur et peut s'écarter significativement du motif formulé par l'adresseur. Ils poursuivent en énonçant les éléments de la biographie des patients qu'ils jugent pertinents. Ils les ordonnent

chronologiquement et y mêlent la description des différentes pathologies, de leurs traitements et des effets de ceux-ci. Ils exposent aussi les différents suivis, les diagnostics qui ont été posés ainsi que les manifestations de la maladie qui ont conduit à de tels diagnostics. Le plus souvent, l'interne opère une rupture narrative entre un état de bonne santé — ou du moins stabilisé — et un état de maladie. Cette maladie est alors dépeinte à l'aide d'une cascade de symptômes qui sont juxtaposés et organisés en tableaux cliniques. L'ensemble de ces manifestations sont situées dans le temps soit par une date, soit en référence à des événements biographiques ou à d'autres signes cliniques. Il ou elle peut mettre en lumière différentes périodes chronologiques constituées d'aggravations, d'améliorations, qui sont elles aussi datées. À la fin de cette séquence, il ajoute souvent la liste de ce que les patients n'ont pas. Ce sont des indices de sévérité de la pathologie et le CCA s'attend à savoir s'ils sont présents ou non.

Le CCA coupe fréquemment les internes lors de leur présentation de cas. Il se montre volontiers sceptique à l'égard des informations apportées. Il demande alors des précisions, explore celles qui manquent, cherche à connaître la nature de leurs sources. Il ordonne ainsi la crédibilité, et donc le degré de confiance, qu'il peut avoir dans ces éléments. On peut distinguer deux dimensions à la crédibilité que les médecins accordent aux éléments d'une situation : externe et interne. La première se rapproche de ce qu'Aron Cicourel appelle la « crédibilité apparente des sources »⁴⁸⁷ : le statut et la réputation d'un collègue contribuent à crédibiliser, ou non, les informations qu'il donne. La seconde concerne la cohérence du cas. En effet, le CCA avance de proche en proche dans sa compréhension de celui-ci : chaque réponse ouvre de nouvelles zones de connaissance qu'il explore par d'autres questions. Le CCA guide cette exploration par sa connaissance de l'association de certains symptômes en tableaux cliniques, mais aussi de l'évolution de certaines maladies et des effets des traitements. Lorsqu'il pointe des incohérences, il remet en doute la crédibilité des évaluations antérieures.

Après avoir échangé avec l'interne, le CCA entre dans la chambre et mène un entretien. Celui-ci présente au moins trois enjeux. Le premier est de compléter l'évaluation de l'interne en recherchant de nouvelles informations et en se faisant une idée lui-même de l'état des malades. Les entretiens suivent le plus souvent la direction que veut lui donner le CCA : il pose des questions auxquelles les patients doivent répondre. Parfois, ceux-ci en disent plus que ce qui est demandé. Ils mettent en avant que certaines manifestations ou effets des traitements les inquiètent, expriment leur désaccord avec la définition de la situation de leur psychiatre adresseur, ou encore leurs inquiétudes sur les conditions d'hospitalisation. Auquel cas, le CCA

⁴⁸⁷ (Cicourel, 2002)

peut s'appuyer sur les éléments apportés par le patient, ou continuer selon ses propres repères. Ces échanges visent à mettre en évidence des points de rupture, des contrastes dans l'état des malades afin de circonscrire des périodes de bonne santé, de maladie aiguë ou de maladie stabilisée. Le deuxième enjeu est de s'assurer de l'engagement des malades dans le travail de trajectoire et de leur confiance. Le troisième, lié au second, leur permet de déterminer des objectifs communs à l'hospitalisation. Si les psychiatres s'appuient sur le motif d'hospitalisation formulé par le médecin adresseur, ils retravaillent nécessairement celui-ci. Ils peuvent ainsi demander aux patients sur quels aspects ils souhaitent être aidés. Cependant, le statut conféré à cette demande n'est pas univoque. Certains patients parviennent facilement à l'explicitier, quand d'autres ne peuvent définir clairement ce pour quoi ils veulent être aidés. Ils sont alors amenés à s'autoévaluer, à identifier ce qui pose problème et à énoncer une plainte.

Après l'entretien, le CCA, l'interne et les autres participants de la visite discutent du cas soit devant la chambre, dans le bureau des internes, ou en présence des infirmières dans le poste de soin. Le CCA énonce alors les éléments qui restent incertains et ceux pour lesquels il a plus de certitudes. Il énonce ceux qui doivent encore être évalués et ceux sur lesquels il va pouvoir appuyer son jugement. Lorsqu'il estime s'être fait une idée claire, il propose une formulation diagnostique.

Le CCA annonce également les actions qui pourront être menées pour avancer dans la compréhension de la situation et agir dessus. Il peut tout d'abord demander à réaliser des examens complémentaires qui visent soit à rechercher une maladie physique pouvant expliquer ou aggraver l'état des patients, mais aussi être la conséquence de troubles psychiatriques ou de leurs traitements. Ces examens complémentaires peuvent précéder la prescription d'une thérapeutique, pour identifier des contre-indications ou avoir des examens de référence lorsque la technique est susceptible d'altérer certaines fonctions ou organes. Il peut s'agir de bilans sanguins, de dosages des médicaments dans le sang, de dosages des toxiques dans les urines, de maladies sexuellement transmissibles, d'électroencéphalogrammes, d'imageries cérébrales. Il peut également solliciter un avis spécialisé, comme un avis neurologique, ou un bilan neuropsychologique et préciser ce qu'il en attend (le calcul d'un QI, une évaluation de la cognition sociale ou des fonctions exécutives). Le CCA demande fréquemment à l'interne de compléter son recueil d'informations par l'obtention de tous les comptes rendus d'hospitalisation utiles pour comprendre la situation, mais également d'appeler les médecins ou les psychothérapeutes. Il peut inviter l'interne à faire passer des échelles qui quantifient l'intensité des symptômes de la maladie. Il donne généralement des indications pour surveiller l'état des patients aux internes et aux infirmières, lorsqu'elles sont présentes.

Le CCA ajuste finalement la prescription médicamenteuse. Parfois, il garde le traitement tel quel, du moins tant que certains éléments n'ont pas été éclaircis ou s'il considère qu'il est adéquat, en particulier lorsqu'il a été prescrit peu de temps avant l'entrée à l'hôpital. Même s'il ne le modifie pas, le CCA peut anticiper plusieurs options possibles et préciser dans quel sens il changera la prescription selon les diagnostics qui seront formulés. Tout en gardant la même, le CCA peut aussi demander à diminuer la dose s'il anticipe que le médicament puisse produire des effets négatifs, ou au contraire à l'augmenter s'il redoute que cela ne soit pas suffisant. Il peut ensuite solliciter son arrêt lorsqu'il n'a pas été efficace après une longue période de prescription ou s'il considère que son usage n'est pas adapté à la situation. Il peut également décider d'arrêter toutes les molécules, s'il estime qu'il est difficile de faire la part des choses entre les manifestations de la maladie et leurs effets. Il peut enfin prescrire un nouveau traitement, soit en plus de ceux existants soit en remplacement. Cette prescription s'appuie soit sur un diagnostic certain, soit sur les éléments de la situation dégagés par le CCA.

1.3 Les synthèses : coordonner les évaluations

Les soignants coordonnent leurs évaluations au cours de réunions de synthèse qui se tiennent au sein des unités. Ces réunions sont également le lieu d'autres activités essentielles à la bonne marche du service : son organisation, la gestion des flux de malades, s'assurer de l'engagement de l'équipe dans le travail de trajectoire.

La synthèse est souvent menée par une personne, généralement le médecin responsable de l'unité. Cet aspect commun à de nombreuses situations de parole collectives est ainsi décrit par Erving Goffman « un ou plusieurs participants [sont] définis comme responsables afin de mettre l'affaire en route, de guider l'activité principale, de maintenir l'ordre et de conclure l'évènement »⁴⁸⁸. À l'unité ouverte, c'est généralement le CCA qui mène la synthèse à terme. Il a pour rôle de donner le rythme des présentations et de modérer les prises de parole. Les tours de parole ne sont pas ordonnés de façon rigide et les personnes peuvent s'exprimer assez librement. C'est lui qui questionne les internes après leur exposé, qui demande de mener d'autres évaluations, qui conclut chaque cas et demande à passer au patient suivant. Le CCA ne peut pas toujours garantir des prises de parole ordonnées. Certains soignants peuvent la prendre plus facilement, pour ajouter un détail issu de leurs évaluations, pour blaguer, se

⁴⁸⁸ (Goffman, 2013)

plaindre d'un aspect, émettre un jugement moral. De plus, plusieurs personnes peuvent prendre la parole en même temps.

La première dimension des synthèses est également celle qui est la plus valorisée par les soignants : l'échange d'informations qui permet de définir une situation de maladie, au cours de laquelle ceux-ci livrent leurs évaluations. Le plus souvent, ce sont les internes qui présentent les cas. La première fois qu'un patient est évoqué en synthèse, il ou elle en fait une description très détaillée. Les synthèses suivantes, il reprend les principaux éléments. Ils rapportent ainsi ceux donnés par le psychiatre adresseur, ou issus des CRH, ceux qu'eux-mêmes ont tirés de l'entretien avec les patients ou leur famille, mais aussi ceux dégagés par le CCA lors de ses visites auprès des patients. Ils livrent le motif d'hospitalisation, décrivent dans l'ordre chronologique les manifestations pathologiques, les épisodes de maladie, les médecins rencontrés, les hospitalisations, les diagnostics portés, les autres problèmes de santé, ou des résultats d'examens somatiques anormaux, avant de faire un point sur la situation actuelle. Lors de cette présentation, les internes sont fréquemment coupés, par les autres soignants et par le CCA pour leur demander des précisions, pour rectifier ou compléter ce qu'ils disent. Infirmières, aides-soignantes, psychologue et assistante sociale peuvent prendre la parole et livrer leurs évaluations. Certains le font spontanément, notamment les médecins et le psychologue : il est attendu implicitement qu'ils le fassent. D'autres, comme les infirmières et aides-soignantes le font soit sur demande explicite des médecins soit de leur propre chef. Ces prises de parole les conduisent à partager l'idée qu'ils se font des malades. Mais cet échange permet également de confronter des lectures parfois contradictoires. Une fois que toutes les personnes ont exposé leurs évaluations et impressions, le CCA formule généralement une synthèse de ce qui a été rapporté, il définit la situation de maladie et les actions à déployer. D'autres soignants peuvent également synthétiser certains de ces éléments, les internes ou le psychologue, mais ces reformulations sont en général plus parcellaires. Le style est proche de ce que j'ai décrit lors de la visite. Il donne des pistes de diagnostic, énonce les éléments qui restent incertains, suggère de poursuivre certaines explorations, énonce des traitements à mettre en place. Au cours des synthèses ultérieures, le CCA peut résumer les actions qui sont à instaurer et celles en cours. Il peut aussi ne pas le faire et laisser un des problèmes irrésolu ou en suspens.

La synthèse est également un temps pendant lequel les soignants se coordonnent et organisent leur travail. Ce temps permet de générer des rythmes de vie collective⁴⁸⁹. Lors d'une

⁴⁸⁹ Cette conception du temps social a été décrite par les sociologues de l'école dite de Durkheim : dans un premier temps Marcel Mauss et Henri Hubert dans leurs essais dédiés aux sacrifices et la magie (Hubert & Mauss, 1897,

synthèse, les soignants synchronisent leurs activités pour la semaine suivante⁴⁹⁰. Certaines tâches peuvent être sollicitées auprès d'autres membres de l'équipe. Ainsi, le travail d'évaluation et de surveillance peut être enclenché en synthèse par le chef de clinique ou par les internes. Ils peuvent demander un type d'évaluation particulier ou que des symptômes soient ciblés : déterminer la personnalité d'un ou une patiente, surveiller le risque suicidaire... Le chef de clinique peut aussi inviter ses collègues à mener une surveillance plus étroite. Les soignants organisent la sortie des malades au cours des synthèses. L'essentiel du processus de sortie y est abordé : les permissions, l'attitude des malades par rapport à la sortie et à leur maladie... Les ressources thérapeutiques et les places d'hospitalisation y sont également gérées. On discute des plannings des techniques, des tâches à mener, des patients qu'on accueillera ou qu'on refusera. Enfin, les synthèses sont l'occasion pour les infirmières de formuler des revendications sur leurs conditions de travail, sur la charge globale de travail ou sur des tâches spécifiques. Elles peuvent alors demander que moins de malades soient admis, ou du moins de ceux nécessitant une importante surveillance.

On peut décrire une troisième dimension des synthèses, sentimentale ou émotionnelle. Celle-ci renvoie à un ensemble de pratiques qui incluent l'humour, l'expression de sentiments et de jugements moraux. Elle contribue à forger une identité commune à la communauté des soignants. La sociologue Renée C. Fox a montré le rôle que jouait l'humour dans la gestion de l'incertitude chez des médecins et des patients participant à des expérimentations thérapeutiques dans les années 1950⁴⁹¹. Dans le service, le plus souvent, il ne s'agit pas d'histoires complètes visant à faire rire, mais de traits d'humour, qui donnent une tonalité particulière aux discours. Celle-ci contraste généralement avec le caractère tragique des situations décrites. Ils peuvent porter sur les patients eux-mêmes, sur la façon d'en parler ou encore sur l'avancée du cas. Le CCA dit ainsi d'un patient pour lequel ils avaient du mal à formuler un diagnostic et à trouver un traitement adapté « lui c'est une grosse réussite ! ». Les synthèses sont également un lieu où les soignants se soutiennent mutuellement. Lorsqu'un patient va mieux, les médecins peuvent féliciter les autres membres de l'équipe pour le travail accompli. Ces encouragements récompensent généralement les efforts de soignants non-médecin. Pendant une hospitalisation, les psychiatres peuvent aussi remobiliser les soignants

1902; Isambert, 1979), puis synthétisé par Émile Durkheim dans les *Formes Élémentaires de la Vie Religieuse* (Durkheim, 2013)

⁴⁹⁰ L'idée que le temps social est principalement un temps de coordination des individus a été développée par les sociologues américains Pitrim A. Sorokin et Robert K. Merton à la suite des sociologues de l'école de Durkheim (Sorokin & Merton, 1937)

⁴⁹¹ (Fox, 1959)

autour d'un patient difficile. Ils les enjoignent à garder courage et à rester investis dans la gestion de la maladie. Les synthèses sont également un temps durant lequel les soignants expriment des émotions à l'égard des patients et de leur travail. Il est rarement demandé explicitement aux soignants de les énoncer, mais c'est le moment pendant lequel c'est possible. L'expression de ces sentiments peut être déclenchés dans plusieurs situations. Ils peuvent être nommés lorsque les patients sont présents depuis longtemps à l'hôpital ou qu'ils reviennent de façon itérative, mais aussi si leur état reste inchangé pendant une longue période et que les soignants se trouvent sans ressource pour les soulager. Ensuite, ils le sont si les manifestations de la maladie sont particulièrement importantes, pouvant potentiellement être dangereuses pour les patients. Enfin, les synthèses sont un moment au cours duquel les membres de l'équipe formulent des jugements moraux à l'égard des patients. Ces moments se tiennent généralement lorsque l'un d'eux rapporte qu'un patient a enfreint une des règles d'interaction que je présente dans la section sur le travail des patients.

Le travail d'évaluation prend plusieurs formes et il est distribué au sein de l'équipe. Il est articulé dans des temps collectifs, et particulièrement les visites médicales et les synthèses. Outre leur rôle d'échange d'informations, ces temps collectifs institués permettent aux soignants et aux patients de coordonner leurs actions et d'ajuster leur engagement dans le travail de trajectoire. Dans la section suivante, je m'intéresse moins à la forme des évaluations qu'à leur contenu.

2. Le contenu du travail d'évaluation

Dans le contexte de l'émergence de l'hôpital technique, Anselm Strauss et ses co-auteurs ont recodé l'ensemble des tâches menées par les soignants en types de travail⁴⁹². Ceux-ci sont connus : sur les machines, de sécurité, de confort, sentimental, d'articulation, des patients, d'information, sur les erreurs... Ces tâches impliquent une série d'actions, généralement précédées par une évaluation de la situation et la surveillance de leurs effets. Cette section vise à décrire les dimensions évaluées par les professionnels de psychiatrie, ainsi que le type de tâches associées à ces évaluations.

Quelques remarques sur les spécificités du travail en psychiatrie méritent cependant d'être mentionnées au préalable. Tout d'abord, la distinction entre différents types de travail n'est pas toujours simple. Une même tâche peut poursuivre plusieurs buts. Par exemple, lorsque

⁴⁹² *Ibid.*

les psychiatres prescrivent un traitement anxiolytique, ils considèrent que la diminution de l'angoisse pourra : réduire l'inconfort des patients ; garantir leur sécurité en abaissant le risque qu'ils se suicident ; permettre d'apaiser un sentiment de détresse, ce qui est le propre du travail sentimental. Ce flou dans les buts poursuivis par les soignants de psychiatrie n'est le plus souvent pas éclairci, à moins que les malades ne leur demandent explicitement. Dans le prolongement de cette remarque, il y a le fait que le travail sentimental occupe une place centrale en psychiatrie. Anselm Strauss en fait une dimension quasiment accessoire, qui permettrait presque uniquement d'éviter le désengagement des malades et dont les soignants ne rendent qu'exceptionnellement compte. En psychiatrie, au contraire, il infuse l'essentiel des pratiques. Les membres de l'équipe rendent compte en permanence des effets émotionnels de leurs actions sur les malades, ce qui leur sert à évaluer les situations. Enfin, tout ce qui est fait par les professionnels peut potentiellement être doté d'un pouvoir thérapeutique. La dimension thérapeutique n'est ainsi pas donnée a priori et émerge de ce qui est réalisé au quotidien. Aussi, le fait de rappeler les règles de vie collective dans le service ou encore la mise en évidence de certains traits de personnalité peuvent être qualifiés de thérapeutiques par les soignants.

Dans cette section je me focalise sur trois types de travail : de sécurité, de confort et sentimental, et celui des patients. Avec le premier, je montre comment certaines tâches sont associées à un discours sur le maintien en vie des patients. Je regroupe le travail de confort et sentimental et soulève leurs ambiguïtés en psychiatrie. Enfin, j'analyse la façon dont l'implication des patients dans le travail de trajectoire est évaluée et jugée par l'ensemble de l'équipe.

2.1 Sauver la vie en psychiatrie ? Le travail de sécurité

Le travail de sécurité est l'ensemble des tâches visant à prévenir, éviter ou limiter certains dangers, immédiats ou différés, pour la santé des patients et des soignants. Dans les services de psychiatrie, leur vie est moins souvent menacée que dans d'autres lieux de soins, en particulier les services de réanimation ou de soins intensifs, où le maintien en vie est le cœur du travail médical⁴⁹³. Il existe cependant des situations dans lesquelles elle l'est. Les soignants peuvent avoir à gérer les manifestations somatiques⁴⁹⁴ graves d'une nouvelle maladie non psychiatrique, d'une décompensation aiguë d'une maladie chronique annexe ou encore des

⁴⁹³ Robert Zussman fait une ethnographie du travail médical en soins intensifs et décrit comment les décisions éthiques sont prises en pratique (Zussman, 1993)

⁴⁹⁴ C'est-à-dire physiques, non psychiatriques

conséquences somatiques des interventions sur les pathologies psychiatriques. Concernant ce dernier aspect, on peut citer les surdosages en médicament, leurs effets indésirables graves, les accidents liés aux chocs électriques ou à l'anesthésie. Ces situations sont liées à : la difficulté de gérer des trajectoires de maladies multiples, aux techniques qui peuvent produire des effets non anticipés, à des erreurs de prescription ou d'administration des techniques. Le malade est alors confié à une autre équipe de soin plus adaptée : de réanimation, d'anesthésie, de cardiologie... La vie des patients peut également être en danger lorsqu'ils tentent de se suicider ou de s'automutiler, qu'ils arrêtent de manger et de boire ou s'ils restent allongés de façon prolongée. Ainsi, dans certaines situations, les psychiatres interviennent rapidement pour limiter ces risques, en ouvrant une place supplémentaire de séance d'ECT ou en déplaçant celle d'un autre patient moins urgent, par exemple. La sécurité du personnel peut aussi être mise en danger en cas d'agitation, situation cependant exceptionnelle à l'unité ouverte.

Le travail de sécurité peut être assuré par l'ensemble des membres de l'équipe. De façon générale, il est basé sur l'identification d'indicateurs pouvant conduire à une situation de danger. Ces différents risques sont repérés à l'entrée des patients dans le service par les médecins. Ils peuvent également être alertés par les infirmières ou aides-soignantes. Certaines tâches de leur surveillance sont incorporées dans la routine des soignants. Les infirmières interrogent les personnes sur des symptômes physiques ou d'éventuelles idées suicidaires au cours de leurs tours de traitement. Les médecins les questionnent régulièrement sur ces mêmes sujets. D'autres tâches de surveillance peuvent être menées de façon ciblée : s'assurer qu'ils respectent certaines mesures visant à maximiser la sécurité des médicaments comme rester à jeun ; observer un régime ; arrêter certains traitements la veille et le matin des séances d'ECT.

L'évaluation des dangers est rendue possible par un ensemble de mesures que les soignants prennent et qui visent à la fois à garantir l'observabilité des patients ainsi que leur sécurité. Elles sont essentiellement déployées à leur arrivée dans le service, et ce d'autant que les psychiatres estiment qu'il existe un risque important. Elles peuvent également être prises au cours d'une hospitalisation lorsque l'état d'un malade se dégrade. Les soignants gèrent alors leurs allers et retours en leur interdisant ou en leur autorisant les sorties du service et les permissions. Ils régulent leur accès à leurs effets personnels, en particulier leur téléphone. Pour cela, les infirmières et aides-soignantes dressent un inventaire de ces effets personnels et peuvent leur ôter les objets potentiellement dangereux. Enfin, ils contrôlent les visites depuis l'extérieur. Ces restrictions de liberté sont nommées « consignes ». Elles sont inscrites par les internes qui les modifient ensuite selon les évaluations des différents membres de l'équipe. Outre ces mesures, lorsqu'un de ces risques est repéré, les médecins peuvent prescrire certains

médicaments pour diminuer l'anxiété et l'impulsivité. En cas de risque suicidaire identifié, l'ensemble des soignants se montre plus attentif aux variations de l'état des patients et à leurs comportements. Par ailleurs, les psychiatres ont la possibilité de contraindre les patients s'ils considèrent que leur vie est en danger : à rester à l'hôpital par des mesures de soin sous contrainte, mais aussi à prendre des médicaments, éventuellement par des injections intramusculaires.

2.2 Travail de confort et travail sentimental : les ambiguïtés de la présence des patients à l'hôpital

Le travail de confort est celui visant à soulager l'inconfort des patients ou du moins de leur apporter le maximum de confort possible. Ces sensations incluent l'anxiété, la tristesse, les problèmes de concentration et de mémoire, la perte des repères spatiaux et temporels, les difficultés de sommeil et la fatigue, les nausées, les douleurs, les difficultés à uriner ou déféquer ou au contraire l'incapacité à se retenir, la sécheresse de la bouche, les tremblements, les troubles de l'érection ou de la libido. L'inconfort, en somme, peut être généré par n'importe quelle gêne aux fonctions corporelles et mentales. Anselm Strauss et ses co-auteurs comprenaient le soulagement de l'angoisse et de la dépression comme faisant partie du travail sentimental⁴⁹⁵. Cependant, ce sont des manifestations habituelles des pathologies psychiatriques et sont donc considérées comme des sources d'inconfort par les professionnels de santé mentale. L'inconfort peut avoir pour origine les maladies, mais également les interventions médicales : les effets indésirables des médicaments ou des machines, les mesures visant à minimiser les risques de ces interventions, le déroulement de ces interventions. Enfin, leur présence à l'hôpital peut en elle-même être source d'inconfort.

Celui-ci est soit exprimé par les patients aux médecins, soit aux infirmières et aides-soignantes qui en réfèrent, ou non, à ces derniers. Plusieurs actions sont susceptibles d'être entreprises pour en limiter les conséquences. Les médecins peuvent prescrire des traitements visant spécifiquement à le réduire. Les soignants donnent également des astuces aux patients, qu'ils sont alors libres d'observer, comme manger du chewing-gum lorsqu'ils ont la bouche sèche. Certains choix de médicament sont parfois faits pour amoindrir l'inconfort. Le CCA dit ainsi à l'interne « tu augmentes le Temesta, on ne peut pas mettre de Tercian, ça augmenterait ses symptômes urinaires et neurologiques. Et tu passes son lithium en libération immédiate pour

⁴⁹⁵ (A. L. Strauss et al., 1985)

une meilleure tolérance neurologique » (extrait du journal de terrain). En cas d'anxiété, les soignants ont la possibilité de simplement discuter avec les malades. Ils utilisent également un ensemble de techniques issues des thérapies cognitives et comportementales, de la relaxation, de la méditation, ou demandent à la psychomotricienne d'intervenir. Il n'est pas toujours possible de soulager l'inconfort des patients dans l'immédiat. Dans ces cas-là, les soignants préparent les patients à le ressentir et à y résister. Un psychiatre dit ainsi à une patiente « vous avez été déprimée longtemps, le traitement va mettre du temps à fonctionner. Vous allez rester déprimée pendant encore un petit moment ». L'échec à assurer ce travail peut générer de la colère chez les patients, mais aussi chez les soignants et les relations se dégrader.

Lorsque les membres de l'équipe rapportent un inconfort, ils se demandent quelles peuvent en être les causes. Celle-ci est parfois évidente, lorsqu'un effet indésirable survient immédiatement après l'initiation d'un traitement par exemple. Cependant, son identification peut nécessiter de mener l'enquête : par des entretiens ou par des examens complémentaires. Plusieurs personnes, dont les patients, peuvent être en désaccord. Ainsi, les patients peuvent pointer des effets indésirables aux médicaments et les psychiatres y opposer d'autres causes possibles. Le doute porte parfois sur la réalité même des effets indésirables ressentis. Les soignants peuvent enfin mettre en doute la légitimité d'une plainte. Les professionnels mettent alors généralement en avant que sa gestion ne soit pas leur priorité. Dans l'échange suivant, le CCA et le psychologue échangent à propos des troubles de l'érection d'un patient. Sa réalité n'est pas remise en cause, mais c'est la priorité qu'y donne le patient qui est considérée comme illégitime par les soignants.

Psychiatre « Bon et il y a ces troubles de l'érection »

Psychologue « il a une copine ? Enfin, je veux dire ce n'est peut-être pas la priorité là ! »

Psychiatre « et il a surtout plein d'autres facteurs de risques de trouble de l'érection, le diabète, le surpoids... Lui met tout sur le compte des médicaments psychiatriques, mais ce n'est pas si clair que ça. »

Le travail de confort nécessite donc d'avoir identifié un inconfort et d'en rechercher les causes, elles-mêmes soumises à un ensemble de catégorisation morales.

Le *travail sentimental* vise à aider les patients à faire face à un ensemble d'émotions qui apparaissent au cours du travail de trajectoire. Les patients réagissent à leurs maladies ainsi qu'aux interventions médicales. Ils peuvent le faire avec peur, inquiétude, détresse, anxiété, perdre en estime de soi, ou encore être en colère. Ces émotions sont majorées par une longue

durée de maladie et de nombreux traitements, pouvant avoir des effets destructeurs sur la vie sociale des malades. Michael Bury parle de *biographical disruption* des maladies chroniques dans la vie des patients⁴⁹⁶. Les bouleversements biographiques induits par les pathologies chroniques nécessitent qu'ils opèrent des ajustements d'identité. De plus, les techniques utilisées pour contenir ces pathologies peuvent modifier le rapport des personnes à elles-mêmes. Kathy Charmaz décrit la « perte de l'identité »⁴⁹⁷ et les « dilemmes d'identité »⁴⁹⁸ auxquels font face les malades chroniques. Les soignants les aident généralement à assurer une certaine continuité dans leur rapport à eux-mêmes. C'est ce qu'Anselm Strauss appelle le travail d'identité, ou psychologique. En psychiatrie, cependant, l'identité des patients fait l'objet de nombreux commentaires, notamment par la description de traits de personnalité, de modes de fonctionnement psychologique ou encore de biais cognitifs. Ceux-ci peuvent être attribués par les soignants à la maladie ou à la personnalité des malades. Les enjeux de ce travail en psychiatrie sont donc généralement de deux ordres : soutenir leur sentiment d'identité face à la maladie et les conduire à modifier leur rapport à eux-mêmes, potentiellement source de souffrance.

Une grande partie de l'évaluation du travail sentimental consiste à solliciter des récits biographiques et à les aider à effectuer ce travail sur eux-mêmes. Ce travail biographique est omniprésent en psychiatrie : lorsque les soignants mènent une évaluation ; qu'ils et elles cherchent à déterminer les effets des traitements mis en place ; au retour d'une permission ; au quotidien à l'occasion d'échanges à propos des banalités de la vie quotidienne. Les soignants peuvent ainsi s'enquérir du type de vie que les patients mènent. Ils leur demandent où ils vivent, avec qui, s'ils sont mariés, ont des enfants, des amis, leurs relations avec leurs proches, ce qu'ils ont l'habitude de faire, les projets qu'ils ont... Les soignants s'intéressent généralement au rapport qu'ils entretiennent avec ces aspects de leur vie. Ce qui leur importe ce n'est pas tant le fait que tel patient ait perdu son emploi, mais les conséquences émotionnelles de cette perte. Les malades peuvent ainsi livrer un récit biographique sur sollicitation ou encore par eux-mêmes, mais aussi s'y refuser. Ces récits sont susceptibles d'être recueillis par la plupart des soignants, mais chaque profession en fait un usage potentiellement différent. Les psychiatres les utilisent principalement pour formuler un diagnostic puis pour adapter leurs traitements, et pour s'assurer que leur état ne se dégradera pas à la sortie. Pour les infirmières, ils sont une occasion de se faire une idée de qui ils sont, ainsi que de pouvoir le soutenir. Le psychologue

⁴⁹⁶ (Bury, 1982)

⁴⁹⁷ “*loss of self*” (Charmaz, 1983, 1991)

⁴⁹⁸ “*Identity dilemmas*” (Charmaz, 1994)

base l'essentiel de ses interventions sur ceux-ci, lui permettant de mener le travail d'identité. L'évaluation nécessaire peut être sollicitée par un soignant, mené par soi-même ou par un autre. C'est généralement le chef de clinique qui demande à l'interne, au psychologue ou aux infirmières d'évaluer le « fonctionnement psychologique » de tel patient. Mais les psychiatres-chefs conduisent parfois cette évaluation par eux-mêmes lors de leurs entretiens hebdomadaires.

Le travail d'identité est ensuite rapporté aux autres professionnels dans les temps d'échanges, mais surtout communiqué aux patients. Les soignants, principalement les médecins et les psychologues, leur disent alors comment, selon eux, ils fonctionnent. Un psychiatre dit ainsi à un patient « vous, vous avez tendance à tout regarder avec précision, et ça peut vous conduire à trop vous focaliser sur des détails, et ça, ça vous fait souffrir ». L'objectif de cette énonciation est de les rendre plus réflexifs, ou pour le dire avec les mots du psychologue « ça permet déjà que les patients prennent un peu de distance et comprennent leur fonctionnement » (entretien avec le psychologue). Les soignants suivent également la manière dont ils intériorisent ces discours. En synthèse, un psychiatre dit « Madame D., elle va mieux, elle était en sismo ce matin. Elle commence à parler de son inhibition émotionnelle, qu'elle aimerait être plus transparente émotionnellement et moins inhibée ! » et le psychologue de répondre « mais elle y arrive mieux, elle a dit qu'elle avait pleuré avec ses petits-enfants ». Un autre aspect de ce travail d'identité consiste à les rassurer sur leur état actuel et futur. Un psychiatre dit ainsi à un patient en entretien « c'est normal que le traitement ne soit pas encore très efficace, on n'est qu'à quelques jours. Mais je ne me fais pas de souci, on va vous sortir de là » (extraits du journal de terrain).

Le travail de confort et le travail sentimental ont un statut ambigu en psychiatrie. D'un côté, le soulagement d'un inconfort et d'une détresse affective est généralement le critère de l'efficacité d'un traitement. De l'autre, l'excès de confort est souvent vu par les professionnels de psychiatrie avec suspicion. Si les patients expriment se sentir trop à l'aise à l'hôpital, les soignants peuvent anticiper que le retour dans leur milieu habituel sera difficile. Ils craignent que les malades « s'installent », ou encore qu'ils aient des « bénéfices secondaires à l'hospitalisation »⁴⁹⁹. Pour éviter ces situations, l'équipe tente de conserver un certain équilibre entre confort et inconfort. Ce travail est encadré par la nécessité de les rendre autonomes à la sortie. Au départ, ils tentent de ne pas générer de l'angoisse en leur demandant de ne pas se livrer à certaines activités. Lorsque leur état s'améliore, ils les conduisent à s'exposer à ces

⁴⁹⁹ Comme l'ont souligné les sociologues Albert Ogien et Mickael Toledo (Ogien & Toledo, 1986)

mêmes activités et évaluent leurs réactions. Cet équilibre dépend de la phase de trajectoire. Ainsi, un psychiatre dit en réunion de synthèse à une infirmière à propos d'une patiente qui était très inquiète au sujet de ses séances d'ECT « essayez de la rassurer, mais pas trop, il faut qu'elle apprenne à gérer l'anxiété ». L'apprentissage de la gestion de soi-même est ainsi étroitement surveillé par les membres de l'équipe tout comme l'ensemble de l'engagement des patients dans les soins.

2.3 La dimension morale du travail des patients

Ainsi, la plupart des tâches décrites jusqu'à présent nécessitent sinon la participation des patients, du moins leur accord. Ils sont à la fois l'objet du travail de trajectoire, mais en sont également des acteurs. Leur rôle dans la division du travail est régi par un ensemble de règles d'interaction. Leur respect s'inscrit dans un certain ordre sentimental du service. Anselm Strauss et Barney Glaser appellent ordre sentimental « la structure intangible, mais très réelle de l'humeur et des sentiments qui caractérise chaque service »⁵⁰⁰. Cet ordre, dans le service de psychiatrie est gouverné par une règle d'interaction qui, en quelque sorte, résume les autres : la nécessité d'instaurer une relation de confiance entre soignants et patients. La plupart du temps, cette règle reste implicite. Elle implique des attentes à l'égard des malades : ceux-ci doivent s'en remettre à l'institution, tout dire, et accepter d'être aidés. Ceux-ci doivent ainsi : participer à la réalisation des tâches techniques, respecter certaines règles d'interaction, s'autoévaluer, formuler des demandes adéquates. Elle requière aussi des devoirs de la part des soignant : respecter leur intimité et leur libre arbitre ainsi que leur proposer les solutions les plus adaptées à leur situation. Cette relation de confiance se traduit par un lien affectif. Lorsqu'elle est fragilisée, les soignants tentent de la préserver par la persuasion et l'ajustement, entre eux et avec les patients. S'ils ont la sensation que cette relation est trahie, l'ordre sentimental s'en trouve bouleversé.

Aussi, l'implication des patients est indispensable pour mener à bien certaines tâches liées aux outils techniques. Ils doivent ingérer les médicaments, observer les mesures de limitation des risques, accepter de se rendre en séance de traitement, se laisser perfuser, attendre leur tour, supporter la répétition des séances, endurer des sensations d'inconfort ou les rapporter aux soignants selon la situation. La participation à ces tâches peut leur être effrayante et les soignants peuvent tenter de les rassurer, les soutenir et les encourager à endurer, soit en

⁵⁰⁰ *“the intangible but very real patterning of mood and sentiment that characteristically exists on each ward”* (Glaser & Strauss, 2017a)

entretien, soit au cours des séances de traitement. Cette partie du travail sentimental peut ne pas pouvoir être menée par les soignants, en particulier lorsque la charge de travail est importante. Ils doivent alors prendre sur eux tous seuls. Ils peuvent également rectifier le travail de l'équipe. Ainsi, en entretien, un patient fit remarquer qu'il ne se voyait plus délivré un de ses médicaments depuis quelques jours : « Ça fait deux fois qu'ils oublient mon antidépresseur le soir », le CCA « ce n'est pas normal, on va faire remonter l'information ».

Il est attendu qu'ils respectent certaines règles d'interaction en face à face. Cependant, les soignants considèrent généralement que les pathologies psychiatriques altèrent leurs capacités à observer ces règles. Ainsi, la maladie peut les rendre irritables, leur donner des difficultés de concentration ou de mémoire. Elle est également susceptible de les conduire à mal interpréter les intentions de leur interlocuteur ou encore les conduire à penser que leur situation est désespérée et que tout le travail psychiatrique n'a pas d'intérêt. Lorsque ces difficultés à observer ces règles sont attribuées à une maladie, les soignants suspendent généralement leurs condamnations morales. Ce n'est pourtant pas toujours le cas. Ainsi, dans les interactions de la vie quotidienne, les soignants s'attendent à ce qu'ils se montrent polis, qu'ils demandent les choses avec calme et qu'ils témoignent de la reconnaissance. Les soignants souhaitent que les malades prennent sur eux face aux manifestations de la maladie, et qu'ils n'en « fassent pas trop ». De plus, s'ils considèrent qu'ils en sont capables, ils doivent être autonomes dans les activités de la vie quotidienne.

Les patients doivent aussi adopter une attitude compatible avec la vie en collectivité. Il est admis qu'ils doivent être polis et calmes avec les autres, qu'ils ne se montrent pas trop envahissants ou au contraire trop discrets, qu'ils attendent leur tour ou qu'ils soient à l'heure. Ils peuvent soutenir d'autres patients. Cette démarche peut être vue avec suspicion par les soignants, en particulier s'ils suspectent qu'ils se prodiguent des conseils allant à l'encontre des consignes médicales. Cependant, le souci des autres peut également être perçu comme un signe qu'ils ont acquis certaines connaissances sur leur fonctionnement et leur maladie. Lorsqu'ils contreviennent à ces règles, les soignants les rappellent à l'ordre sur le moment, devant tout le monde ou en privé. Si cette approche ne suffit pas, les soignants informent les médecins et leur demandent d'en faire de même et de les « recadrer ». Dans les cas extrêmes, et si les psychiatres considèrent que les comportements problématiques ne relèvent pas d'une pathologie mentale, les patients sont expulsés du service par une « sortie disciplinaire ».

Les entretiens en face à face, en particulier ceux avec les médecins, ont pour but de recueillir un maximum d'informations pertinentes pour formuler des diagnostics et pour conduire un traitement. Ces premiers entretiens sont également essentiels pour créer un climat

de confiance. En cas d'interaction conflictuelle, les psychiatres peuvent considérer que l'anamnèse n'est pas fiable. Ils peuvent avoir le sentiment de ne pas avoir été suffisamment compétents pour mener à bien l'échange ou se sentir désarmés. Les patients, eux, peuvent avoir l'impression de ne pas avoir été écoutés ou compris. Ainsi, de manière générale, il est attendu que les patients écoutent les questions des psychiatres, ne leur coupent pas la parole, ne haussent pas le ton, ne remettent pas en cause leurs compétences. Ils doivent être capables de s'autoévaluer : les médecins attendent que les patients leur donnent toutes les informations nécessaires, sans les minimiser ou les amplifier, ne rien cacher, ne pas trop parler, mais aussi ne pas délivrer d'information délibérément fausse. Lorsque, selon les psychiatres, ils ne respectent pas ces règles, ils les conduisent à préciser ce qu'ils ou elles disent et les avertissent qu'ils peuvent penser qu'ils les enfreignent volontairement. Plus rarement, ils leur coupent la parole, ou haussent le ton, au risque de froisser leur sensibilité. Si ces conventions sont transgressées, les relations se dégradent : les uns comme les autres peuvent s'agacer, s'énerver ou pleurer. Les psychiatres tentent généralement d'apaiser l'interaction et leur expliquent que s'ils réagissent comme ça c'est qu'ils ou elles sont malades.

L'engagement des patients dans un effort d'autoévaluation est une condition sine qua non du travail d'évaluation et de surveillance. Spontanément ou sur sollicitation, les soignants s'attendent à ce qu'ils se livrent à des évaluations de leurs états actuels et passés. Ils doivent être capables de se rappeler comment ils étaient à telle ou telle période de leur vie, de décrire comment ils ont évolué après un traitement ou une psychothérapie. Ils doivent confier des récits biographiques qui soient cohérents, complets, mais succincts, et pouvoir se plier à un travail d'identification de leur fonctionnement mental. La famille peut également faire part de son évaluation. Cela passe aussi par le fait de remplir de questionnaires. Bien qu'indispensable à leur travail, les membres de l'équipe apportent plus ou moins de crédibilité à ces autoévaluations. Ils peuvent ainsi imaginer que les patients ne sont pas capables de s'autoévaluer, du fait de leur pathologie ou de certains traits de personnalité. Enfin, ils peuvent considérer qu'ils se refusent à se livrer, par manque de confiance, pour obtenir certaines choses des soignants, ou au contraire ne pas s'en voir proposer d'autres.

Par ailleurs, les patients sont évalués sur leurs capacités à formuler des demandes auprès des soignants. Il peut s'agir de leur demande de soin initiale, ainsi que je le décris dans la section précédente, de médicaments ou de leur adaptation, d'information complémentaire à propos des traitements, de voir un autre médecin, de permission, ou de sortie du service. Les soignants évaluent leur pertinence : si elle arrive au bon moment, si elle est formulée aux bonnes personnes, si elle est trop importante ou bien insuffisante par rapport à leurs projections.

Certaines peuvent être considérées comme étant inadaptées, illégitimes, ou encore excessives. Inversement, lorsque les patients n'en ont aucune, les soignants peuvent suspecter que les malades ne prennent pas leur destin en main ou bien qu'ils veulent rester à l'hôpital.

Ils sont généralement jugés sur leurs capacités à mener à bien l'ensemble de ces tâches. Tout jugement clinique a des implications morales. Lorsque les soignants pointent que les malades ne participent pas ou ne coopèrent pas suffisamment bien au travail de trajectoire, ceux-ci peuvent l'attribuer : à la maladie, à des facteurs psychologiques, ou encore à leur mauvaise volonté. Si ces comportements sont imputés à la maladie, en particulier en phase aiguë, leur responsabilité personnelle est généralement suspendue. Ainsi, un patient ne buvait pas suffisamment d'eau, risquant le surdosage en lithium. L'interne dit « il ne fait aucun effort pour boire », le CCA la corrigea « il ne peut pas en faire. C'est une anticipation anxieuse à l'effort ». Après la phase aiguë de la maladie, ils sont chargés de continuer à bénéficier de soins, en se rendant à leur suivi et en prenant leurs traitements. Lorsque les difficultés de coopération sont attribuées à des traits de personnalité, la suspension du jugement moral est moindre. Comme je l'ai indiqué avec le travail d'identité, les soignants les conduisent à changer leur rapport à eux-mêmes et à se montrer plus réflexifs. Lorsqu'ils n'y parviennent pas, les soignants peuvent considérer qu'ils n'y mettent pas de bonne volonté. Enfin, les patients peuvent être tenus personnellement responsables de leurs actions.

L'attribution d'une causalité à ces comportements est fréquemment discutée en synthèse. Au cours d'une même synthèse, plusieurs explications à une conduite jugée déviante peuvent être données. Ainsi, d'un patient qui voulait arrêter son traitement, la PH de l'hôpital de jour dit « je me demande si la volonté d'arrêter n'est pas sous-tendue par un processus psychopathologique (c'est-à-dire par un trouble de la personnalité) », ce qui est appuyé par l'infirmière qui dit « oui moi je pense qu'il se complait à être malade, c'est quelqu'un qui met tout en échec ». L'attribution de ces causes n'est pourtant jamais définitive. Leur responsabilité personnelle n'est presque jamais clairement définie, elle émerge de certaines situations où les soignants ont l'impression que les malades échappent au lien qu'ils essayent de créer avec eux. Dans les moments difficiles, il existe plutôt des allers et retours entre accusation de responsabilité personnelle et acquittement. Les jugements moraux peuvent être vus comme une façon pour les soignants de se décharger d'une partie de leur responsabilité quand les maladies persistent. Ce sont des catégories résiduelles du travail de trajectoire.

Lorsque la règle de la confiance mutuelle est rompue, on assiste à ce qu'on peut appeler à la suite d'Anselm Strauss, un bouleversement de l'ordre sentimental. Dans l'exemple suivant, un patient qui était hospitalisé depuis plusieurs mois pour une dépression résistante n'est pas

rentré d'une permission. Sa femme a appelé dans le service pour indiquer qu'il ne voulait plus être hospitalisé. Son départ provoque une vague d'indignation chez les infirmières qui en parlent en permanence. Lors de la synthèse, l'une d'elles s'exclame.

Infirmière « et la famille D. s'est repointée hier, ils nous ont engueulés. On lui a donné une permission parce qu'il trouvait le temps long et il n'est pas revenu. Et il s'est rendu compte qu'il n'avait pas de Parnate. La femme a dit que s'il se suicidait, ce serait notre faute. Mais je suis désolée, ce n'est pas notre faute, c'est sa faute à lui ».

CCA « mais il était là pour une évaluation de la tolérance et de l'efficacité des IMAO. Il n'y avait plus d'indication à une hospitalisation parce que la femme pouvait s'en occuper. »

Infirmière « mais la femme n'en veut peut-être plus (elle se lève, en colère) et ce qui m'énerve c'est qu'il n'a pas le courage de venir nous le dire en face. Moi j'ai envie de le secouer, de lui dire de s'activer. C'est une lavette. Ah, je ne peux plus le voir en peinture ! Il ne faut pas qu'il revienne, moi j'ai été déçue, après tout ce qu'on a fait pour lui, on était là, tous les jours à le porter. S'il revient, je sais que je n'arriverai pas à être bienveillante. Moi je pense qu'au fond c'est son vrai caractère ».

CCA « Non, il est déprimé ».

Infirmière « mais il n'y a pas que la dépression, ce n'est pas normal d'être comme ça. Ici, on n'avait pas trop accès à lui ».

La rupture du lien de confiance conduit à de fortes réactions émotionnelles. En dépit des tentatives du CCA pour maintenir une lecture biomédicale du comportement du patient, l'infirmière livre une série de jugements moraux qui semblaient avoir été contenus jusqu'alors.

Les différentes tâches qui participent au travail de trajectoire poursuivent différents buts : garder les patients en vie, assurer leur confort, apaiser leur détresse. L'implication des patients dans ce processus est étroitement surveillée et répond à un ensemble de règles tacites. Lorsqu'elles sont enfreintes, c'est tout le travail d'évaluation qui s'en trouve perturbé. Ces tâches alimentent la capacité des psychiatres à formuler des diagnostics qui, en retour, ouvrent sur de nouveaux arcs de travail. C'est l'objet de la section suivante.

3. Formuler des diagnostics

Un des objectifs des premières évaluations des psychiatres est de définir un diagnostic. Comme le souligne Anselm Strauss, le diagnostic marque la plupart du temps le début du travail de trajectoire⁵⁰¹. Son énonciation permet aux médecins de fixer un ensemble de tâches à mener et tenter de maîtriser le cours de la maladie. Pourtant, comme l'a montré l'auteur, ils doivent généralement commencer à mettre en place des traitements avant d'avoir pu localiser précisément la pathologie. En psychiatrie, il n'y a pas de localisation de lésion à proprement parler, mais les psychiatres distinguent traitements symptomatiques et traitements de fond, censés agir spécifiquement sur une maladie.

La sociologie des diagnostics psychiatriques a longtemps été dominée par la théorie interactionniste des labels. Sans ignorer le caractère processuel de l'activité diagnostique, ces auteurs ont insisté sur leur apparence fixe et sur leur lien aux remodelages d'identité. Dans cette tradition de pensée, recevoir un diagnostic conduit les personnes à se comporter selon ce qu'on attend d'un malade mental. Cette approche a été développée principalement par Erving Goffman, dans son ethnographie sur l'asile, Sue Estroff, qui a travaillé sur les programmes de psychiatrie communautaire, Thomas Scheff ou encore Howard Becker sur les usagers de drogue⁵⁰². Plus récemment, d'autres travaux, comme ceux de R. Barrett, ou E. Martin, pour le trouble bipolaire⁵⁰³, ont analysé comment les diagnostics étaient produits au cours de l'activité médicale. Ces travaux prennent très au sérieux le fait que le diagnostic constitue une étiquette durable autour de laquelle travaillent patients et soignants et qui incarne le dénouement du cas. En France, dans une perspective pragmatique, Céline Borelle a mené une ethnographie de la pratique du diagnostic d'autisme⁵⁰⁴. Elle décrit tout le processus d'évaluation de la sélection des cas à l'annonce diagnostique. Une fois posés, ces diagnostics semblent également définitifs : en effet, l'équipe qu'elle a ethnographiée ne gère pas le suivi de ces enfants.

Sur mon terrain, au contraire, les psychiatres passaient leur temps à reformuler les diagnostics. Dans cette section, je montre comment les diagnostics sont énoncés par les psychiatres. Je décris tout d'abord la morphologie des diagnostics et leur relation avec les actions entreprises pour maîtriser la situation. J'explore ensuite la façon dont ils sont reformulés dans les trajectoires de maladie.

⁵⁰¹ (A. L. Strauss et al., 1985)

⁵⁰² (Becker, 1985; Estroff, 1985; Goffman, 1973; Scheff, 2017). Phil Brown reprend cette posture critique à l'égard du diagnostic et appelle à développer une sociologie du diagnostic (Brown, 1990)

⁵⁰³ (Martin, 2009)

⁵⁰⁴ (Borelle, 2017)

3.1 Les composants d'un diagnostic

Sur le terrain, j'ai rapidement été frappé par le fait que les diagnostics étaient énoncés comme autant de catégories naturelles, rationnelles et intemporelles. Par naturelles je veux dire qu'ils y faisaient référence en tant qu'entités extérieures aux patients. Lorsque je dis rationnelles, je reprends la définition qu'en donne Harold Garfinkel dans ses *Recherches en ethnométhodologie* « approprié du point de vue organisationnel quant au fait et au sens, impersonnel, anonyme quant à l'auteur et au but, reproductible »⁵⁰⁵. En disant intemporelles, j'entends qu'ils semblaient considérer que ces diagnostics s'appliquaient à la vie entière des patients. Paradoxalement, j'ai rapidement observé qu'ils les reformulaient sans cesse, les déformaient et les recomposaient au gré des situations. Ils avaient cette apparente *mobilité fixe*. Ce paradoxe s'estompe si on analyse la double nature des diagnostics en les décrivant comme des catégories et des processus, à l'instar de Mildred Blaxter⁵⁰⁶. C'est ainsi, à la fois, un ensemble préexistant de catégories sur lesquelles la profession s'accorde pour reconnaître le caractère pathologique d'un comportement, et un processus par lequel ce label est appliqué. Je défends que les diagnostics soient des opérateurs pragmatiques, qui rendent possible l'action en situation incertaine. Ils permettent de faire référence à un cadre commun qui est en même temps amovible. Leur recherche est un processus toujours ouvert qui peut s'interrompre temporairement puis reprendre.

Une telle formulation est généralement un des principaux buts poursuivis par les psychiatres au cours leurs évaluations et quand ils recueillent celles des autres soignants. Ils expriment de façon synthétique les différents états par lesquels les patients sont passés au cours du temps. Ils s'appuient sur l'autoévaluation des patients, celle de leur famille, du médecin adresseur, de l'interne, des soignants et de la leur. Ils peuvent également s'aider d'examen complémentaires. Cependant, en psychiatrie, aucun examen ne permet de déterminer avec certitude un diagnostic. Ceux-ci sont avant tout cliniques, c'est-à-dire dégagés au cours des entretiens menés avec les patients. Les explorations complémentaires sont généralement réalisées pour éliminer des pathologies non psychiatriques. Les autres investigations sont mobilisées pour en orienter la recherche ou pour appuyer un jugement clinique. Dans cette spécialité, cela donne aux diagnostics un caractère fragile et fluide.

Ils peuvent être formulés dans plusieurs situations. Ainsi, comme je l'ai mentionné, les internes exposent au CCA les diagnostics qui ont été portés par d'autres médecins et les

⁵⁰⁵ (Garfinkel, 2009)

⁵⁰⁶ (Blaxter, 1978)

rappellent au début de leurs présentations en synthèse. Ils peuvent figurer sur le courrier d'adressage, être communiqués oralement par les adresseurs ou être rapportés par les patients. Généralement, le CCA tente de formuler son propre diagnostic soit pendant la visite, soit en synthèse. Pendant la visite, j'ai montré comment il pouvait proposer des options de diagnostics avant de voir les patients et comment il utilisait ces options pour avancer dans sa compréhension du cas. C'est principalement en synthèse que le CCA énonce, explicite, retravaille les diagnostics. Cela lui permet de résumer une discussion en cours, de justifier des actions, de solliciter la réalisation de tâches par d'autres soignants, ou de clore un débat. Ceci arrive généralement à la fin des échanges autour d'un cas, lorsque plusieurs soignants ont livré leurs évaluations. D'autres peuvent proposer des diagnostics, en particulier les internes et le psychologue, mais ces formulations sont souvent plus parcellaires. Les internes donnent fréquemment le diagnostic d'adressage et répètent ceux soulevés par le CCA en visite. Le psychologue expose le résultat de ses investigations sous la forme de troubles de la personnalité. Les diagnostics sont généralement communiqués aux patients et à leur famille, j'en détaille les modalités dans le chapitre suivant. Ils sont aussi donnés aux médecins adresseurs par téléphone à l'issue de l'hospitalisation, mais surtout par le biais du compte rendu d'hospitalisation, consultable ensuite par n'importe quel médecin qui le demande. Lors des synthèses, les soignants rapportent également la façon dont les malades les reçoivent et les intériorisent. Ils peuvent dire que tel personne a « accepté » un diagnostic de dépression ou « s'est reconnu » dans la description de trouble bipolaire. Au contraire, ils peuvent indiquer que les patients n'ont pas souscrit à l'un d'eux, ou qu'ils refusent de voir certains éléments de leur état expliqués par l'un d'eux. Lors d'une synthèse, un interne rapporta ainsi qu'un patient admettait le diagnostic de dépression, mais qu'il ne voulait pas comprendre son manque d'envie de sortir de sa chambre au prisme de la dépression.

Les diagnostics peuvent être composés de différents éléments, le plus souvent selon une combinaison hétérogène. Ces composants peuvent tout d'abord être énoncés en termes de troubles ou de maladies psychiatriques chroniques, récidivantes ou « vie entière ». C'est par exemple le cas du trouble bipolaire ou dépressif récurrent, des schizophrénies, mais aussi du trouble du spectre autistique. Les éléments du diagnostic peuvent également être formulés en parlant d'épisodes actuels ou de syndromes : syndrome délirant, épisodes dépressifs, épisode maniaque ; ou bien sous forme de symptômes : anxiété, anhédonie, hallucinations... Ces éléments sont issus de différentes traditions cliniques sédimentées dont certains ont été repris par les classifications diagnostiques internationales comme le DSM ou la CIM. Ils sont transmis oralement dans les différents temps de formation des services, dans les manuels universitaires,

et au travers des publications scientifiques. Ses composants peuvent être plus vagues, par exemple en parlant de vulnérabilité ou de fond anxiodépressif, en décrivant certains traits de la personnalité du patient, ses comportements en des termes simples, ou en convoquant des événements de sa vie. Enfin, ils peuvent être totalement indéterminés, les psychiatres pouvant qualifier le trouble de « quelque chose ». Je place volontairement des aspects de nature très différente sur un même plan, car ils apparaissent de façon juxtaposée dans les énonciations diagnostiques. Ils n'ont cependant pas la même utilisation selon le contexte. Comme je le décris ensuite, ils peuvent être plus ou moins emboîtés, être employés avec plus ou moins de certitude et être plus ou moins précis.

Je distingue cinq formes d'emboîtement des diagnostics dans leurs formulations. Le plus haut niveau est formé par ce que j'appelle des *diagnostics par inclusion*. Dans cette forme d'énonciation, un ou plusieurs éléments en contiennent d'autres. L'exemple typique est réalisé lorsque les psychiatres incluent des symptômes dans un épisode lui-même compris dans un trouble, par exemple « épisode dépressif avec caractéristiques anxieuses dans le cadre d'un trouble bipolaire ». À un niveau inférieur, j'identifie les *diagnostics par relation causale*. Ils se distinguent par des éléments reliés entre eux par une relation de cause à effet, « c'est une anxiété secondaire à des troubles du sommeil essentiels ». J'appelle ensuite *diagnostics par addition*, ceux juxtaposant plusieurs éléments. Le plus généralement, il existe un diagnostic principal, qui peut changer au cours d'une trajectoire, et d'autres qu'on peut qualifier de secondaires. « Elle fait un épisode dépressif caractérisé, elle a un trouble anxieux et un trouble de la personnalité dépendant ». Les *diagnostics-inventaires* constituent la forme la moins emboîtée d'énonciation. Dans cette forme, les psychiatres listent les éléments sans les lier entre eux, en faisant avoisiner des descriptions comportementales floues et des catégories plus officielles issues des manuels de classifications. Les psychiatres y recourent dans des situations de forte incertitude. Parfois, les médecins utilisent des *diagnostics négatifs*, c'est-à-dire définissant ce que le trouble n'est pas. Ceci leur permet ainsi de justifier de ne pas prescrire tel type de traitement, en disant « ce n'est pas une dépression simple, c'est plutôt une dépression bipolaire, on ne va pas lui prescrire d'antidépresseur ». Ils circonscrivent également leur compréhension du cas. La PH de l'hôpital de jour dit ainsi d'un patient dont ils ne parvenaient pas à arrêter un diagnostic, mais avaient réussi à en éliminer certains « bon au moins on est sûrs de ce qu'il n'a pas ! Par contre, ce qu'il a c'est une autre paire de manche ».

Outre l'emboîtement des éléments diagnostiques, les psychiatres peuvent également faire varier le degré de précision avec lequel ils les caractérisent. Ainsi, ils peuvent se montrer très précis lorsqu'ils définissent une manifestation de maladie « des hallucinations

acousticoverbales intrapsychiques menaçantes » ou au contraire très flous. Enfin, les médecins peuvent exprimer plus ou moins leur incertitude concernant un ou de ses éléments. Ils accolent alors les adjectifs « certain », « probable », « douteux » à leurs formulations. Ainsi le CCA dit d'une patiente à l'issue d'une première visite « elle fait une authentique dépression sur un probable trouble unipolaire avec un doute sur un trouble du spectre autistique de façon sous-jacente ». Le degré de certitude exprimé n'est cependant pas nécessairement lié au degré d'emboîtement de la formulation.

Tous les diagnostics n'ont pas la même portée et les mêmes implications pour le travail médical. Ceux-ci ont une dimension morale, ils ne sont pas neutres ni pour ceux qui les émettent, ni pour ceux qui les reçoivent. Les psychiatres privilégient ceux pour lesquels ils ont des possibilités d'intervention médicamenteuse ainsi que celle de faire revenir le patient à son état antérieur. Cela concerne le trouble dépressif, anxieux et bipolaire qui sont ainsi fréquemment mobilisés. Au contraire, la schizophrénie est d'emblée considérée comme une pathologie aux manifestations chroniques, quand les autres peuvent être présentées comme pouvant être guéries ou stabilisées. Le diagnostic soutient l'action sur la maladie, et en retour leurs effets confirment ou infirment sa formulation. De plus, tous n'ont pas la même chance d'être énoncés avec certitude. La plupart du temps, celui de dépression est d'emblée certain pour les psychiatres alors que celui de schizophrénie reste incertain dans les premières phases de la maladie. Ensuite, et je l'ai déjà souligné dans les chapitres précédents, les services, leurs unités et les médecins qui y travaillent se spécialisent dans le diagnostic et/ou le traitement de certaines pathologies spécifiques. L'orientation d'un service peut influencer ceux qui y sont prononcés. Ainsi à la Charité, l'accent est mis sur celui des dépressions et leur traitement. Enfin, si certains diagnostics exemptent totalement les patients de la responsabilité de leurs actes, comme celui de dépression, d'autres, à l'instar de ceux de troubles de la personnalité, introduisent une dimension morale dans l'appréciation des manifestations pathologiques. Sandra Sulzer dit à propos des troubles de la personnalité borderline « Un diagnostic de trouble de la personnalité borderline est souvent synonyme de patient difficile pour les cliniciens [...]. Ce processus crée une forme de démedicalisation fonctionnelle où le diagnostic reste medicalisé *de jure*, mais où le traitement, comme composante de la medicalisation, est plus difficile à obtenir pour les patients »⁵⁰⁷. Rhiannon Lane parle quant à elle, de hiérarchie morale des diagnostics qui conduisent à plus ou moins absoudre certains malades de la responsabilité de

⁵⁰⁷ (Sulzer, 2015)

leurs actes⁵⁰⁸. Dans le cas des troubles de la personnalité, elle avance qu'il y a suppression du caractère ontologique des diagnostics, responsable d'un « stigma volitionnel ».

3.2 Reformuler les diagnostics

La formulation d'un diagnostic n'est pas fixe dans le temps et il est fréquent que les psychiatres les redéfinissent. Cela peut leur permettre de les décomposer en unités plus petites, chacune expliquant moins de manifestations chez les patients, mais autorisant une série d'actions sur le cas. Au contraire, les médecins peuvent les reformuler de façon plus emboîtée, rendant possible la compréhension de la plupart des manifestations pathologiques. L'enjeu de ces changements est de pouvoir continuer à travailler la situation et notamment de justifier le recours à certains traitements.

Ces requalifications portent sur les différents aspects des diagnostics : leur caractère plus ou moins flou, leur emboîtement ou la certitude avec lesquels ils sont énoncés. Tout d'abord, les psychiatres peuvent préciser ou brouiller l'adéquation des éléments du diagnostic avec les catégories nosographiques existantes. Ils peuvent ainsi parler de « spectre du trouble bipolaire », ou même de « quelque chose de thymique » au lieu de trouble bipolaire. Ensuite, ils ont la possibilité de faire augmenter ou diminuer le degré d'emboîtement du diagnostic. D'autre part, ils peuvent ajouter ou ôter certains éléments. Un bilan neuropsychologique indiquant des difficultés de la cognition sociale peut introduire de nouveaux arguments en faveur d'un trouble du spectre autistique ou d'une schizophrénie. Au contraire, un enregistrement du sommeil peut écarter l'élément « difficultés d'endormissement ». Les psychiatres peuvent également modifier la priorité de certains aspects sur d'autres. Ainsi, un « trouble anxieux sur fond de syndrome anxiodépressif » peut être requalifié en « épisode dépressif avec manifestations anxieuses ». Enfin, les psychiatres peuvent modifier le degré de certitude avec lequel ils énoncent les différents éléments.

Au cours d'une synthèse, et surtout lorsqu'il y a débat, le psychiatre senior peut le reformuler de nombreuses fois. C'est le cas à l'unité ouverte, mais c'est encore plus visible lors des synthèses de l'unité de semaine. En effet, cette unité a pour principal but de fournir une évaluation pluridisciplinaire et de communiquer des recommandations thérapeutiques appuyées par une formulation diagnostique claire. Les extraits de journal de terrain suivants sont issus d'une réunion de synthèse de cette dernière unité. Au long des discussions, le praticien

⁵⁰⁸ (Lane, 2020)

hospitalier tente de formuler à sept reprises le diagnostic. Dans ces différentes formulations, il n'est pas simplement question de catégoriser l'expérience de la malade, mais de donner un sens à sa demande de soin, qui est retravaillée, et de déterminer comment intervenir. La première formulation, « Donc, elle a un trouble qui débute à l'adolescence, sous la forme de fatigue, il y a des éléments d'anxiété sociale et scolaire, est-ce que c'est dans le cadre d'une dépression ? Moi, il me semble. », indique un diagnostic par inclusion où l'anxiété sociale et la fatigue sont incluses dans la dépression qui est cependant exprimée avec peu de certitude. Après avoir soulevé d'autres zones d'incertitude dans la biographie de la patiente, le PH fait une deuxième formulation que l'on peut qualifier d'inventaire. « Donc depuis l'âge de 20 ans, elle fonctionnait avec une grande asthénie, des troubles de l'attention, un retard de phase et un hyper investissement professionnel ». Le dernier élément est réfuté par la neuropsychologue. Elle communique alors son bilan : le trouble de l'attention est léger et elle l'attribue au traitement. Pour elle la patiente est désinvestie au travail. Le PH abandonne l'élément trouble de l'attention et redéfinit la demande de la patiente autour de la fatigue et des difficultés pour dormir. Les deux formulations suivantes sont faites sous la forme d'un diagnostic par relation de causalité : « On peut se dire qu'elle a depuis l'adolescence une vulnérabilité, alors je n'aime pas le mot que je vais employer, anxio-dépressive, et là on a un viol qui déstabilise tout » et « si on résume, je ferais simple : retard de phase, insomnie d'endormissement qui sont secondaire à un trouble anxieux... bon peut-être pas un PTSD... ». Dans cette dernière formulation, il utilise également un diagnostic négatif. La formulation d'après est intéressante puisqu'elle combine plusieurs formes d'énonciation : « Bon ça fait dépressif, mais avec une composante post-traumatique et on peut relier ses difficultés de sommeil au trauma. » Le premier diagnostic par inclusion — l'élément post-traumatique est inclus dans la dépression — et le second, diagnostic par relation de causalité — le trauma a entraîné les troubles du sommeil — sont liés par addition. Il soulève ensuite un nouvel élément, elle a eu de nombreux antidépresseurs qui n'ont pas eu d'efficacité et fait deux hypothèses, soit elle n'est pas déprimée, soit elle a une dépression résistante dans le cadre d'un trouble bipolaire. Il remet lui-même en doute qu'il s'agisse d'une dépression résistante, car il ne sait pas si les traitements ont été efficaces. Il fait alors une sixième formulation qu'il articule avec les traitements à mettre en place : « elle n'a pas fait d'épisode dépressif caractérisé. Il faut être factuel : elle n'a pas de maladie rare à expression psychiatrique, elle n'a pas d'Asperger, parce qu'elle y tenait à ça... il faut mettre le paquet sur le sommeil et l'anxiété, mais je ne vois pas d'intérêt à lui mettre un antidépresseur ». La neuropsychologue s'oppose à cette définition de la situation en disant que le bilan neuropsychologique lui fait penser à une dépression. Finalement, le PH propose une septième et dernière formulation : « elle

a des symptômes dépressifs chroniques, mais qui sont pris dans les troubles du sommeil. Mais je pense qu'elle est dans le spectre du trouble bipolaire ». Le PH parvient à un diagnostic par inclusion qui est cependant nuancé par l'expression de nombreuses marques d'incertitude et d'atténuation de la précision des catégories employées.

J'ai montré comment les diagnostics pouvaient être reformulés au cours d'une synthèse, en particulier lorsque les soignants ne sont pas d'accord. Dans le chapitre suivant, j'explore comment ces reformulations sont énoncées en lien avec les prescriptions.

Conclusion du chapitre 6 :

L'évaluation des cas apparaît ainsi comme une activité sociale qui est distribuée et coordonnée. Elles sont menées par les professionnels du service de psychiatrie dans toutes les phases des trajectoires de maladie. Elles constituent le point de départ de nombreuses tâches visant à assurer la sécurité des patients, leur confort, et à alléger le poids émotionnel des maladies et des interventions. En outre, le travail d'évaluation permet aux psychiatres de formuler des diagnostics, prescrire des traitements et en suivre les effets. Les patients ont également une grande part à jouer dans le processus et leur implication fait elle aussi l'objet d'une surveillance. J'ai notamment montré l'importance de la création d'un lien de confiance entre patients et soignants sans lequel ce travail d'évaluation devient inopérant. Ce lien s'inscrit plus généralement dans un certain ordre sentimental du service qui contraint le type d'interactions entre patients et soignants.

Avec ce chapitre, j'ai également montré comment les psychiatres formulaient des diagnostics. J'ai voulu rendre compte des manières qu'avaient les psychiatres de donner aux situations de maladie leur caractère travaillable. La recherche de solution dans ces trajectoires de maladies chroniques passe par de nombreuses reformulations des diagnostics. Dans le chapitre suivant, je montre comment les psychiatres conduisent les hospitalisations et maintiennent les situations de maladie en mouvement.

Chapitre 7 : Faire avancer les choses. Suivre l'évolution des malades à l'hôpital.

Dans les précédents chapitres, j'ai montré comment un groupe de professionnels travaille sur et dans un dispositif en perpétuel mouvement. J'ai ensuite analysé comment les équipes universitaires de psychiatrie évaluaient des situations de maladie complexes et comment ces évaluations étaient articulées pour que les tâches nécessaires au travail de trajectoire soient menées à bien. Dans ce chapitre, j'étudie quelques moments clés des trajectoires de maladies hospitalières.

On peut décrire de façon schématique une trajectoire de maladie dans le service de la manière suivante. Peu après leur arrivée, les médecins retiennent un diagnostic, celui posé auparavant ou un nouveau. À partir de celui-ci, ils prescrivent un traitement, ou s'ils n'ont pas réussi à en formuler un qui leur convienne, s'appuient sur certains éléments saillants de la situation. Les effets de ces traitements sont suivis par l'ensemble des soignants. Parallèlement, les malades sont conduits à se confronter progressivement à l'extérieur : en sortant de leur chambre, du service et en permission. Le déroulement de ces sorties fait lui-même l'objet d'une surveillance, permettant aux soignants d'affiner leur évaluation de l'évolution clinique. Lorsque l'état des personnes est compatible avec la vie en dehors de l'hôpital, les médecins organisent leur sortie. L'évolution de la maladie peut être marquée par des contingences, comme l'apparition de nouvelles manifestations de la maladie, ou des effets indésirables importants des médicaments ou autres techniques thérapeutiques. Enfin, l'état des malades peut ne pas s'améliorer voire se dégrader malgré ce qui est fait pour en maîtriser le cours. Pour contrôler ces contingences et ces échecs, les médecins modifient leur plan de traitement. Ces événements impliquent le plus souvent de définir autrement la situation et de changer de diagnostics, influençant le type d'interventions proposées.

On peut rendre compte, quoiqu'imparfaitement, de ces développements à l'aide de deux outils conceptuels issus de la sociologie interactionniste : les cycles et les phases. R. Emerson et S. Messinger⁵⁰⁹ décrivent comment, lorsque le remède apporté à un trouble s'avère inadéquat, les personnes enquêtent pour en trouver d'autres. Ils analysent notamment comment les malades en viennent à consulter un médecin après s'être autodiagnostiqués et avoir tenté certains remèdes. Par la suite, les médecins identifient le trouble et initient des traitements avec

⁵⁰⁹ (Emerson & Messinger, 1977)

plus ou moins de succès. Il en résulte des cycles qui voient tour à tour le trouble spécifié, des traitements déployés et leurs succès éventuels identifiés. Ces cycles contribuent à élaborer, analyser et caractériser progressivement le trouble. De même, dans le service, les échecs des médicaments conduisent les psychiatres revoir leurs jugements sur les situations et à rechercher de nouvelles solutions. On peut ainsi parler de cycles de prescriptions qui impliquent d'évaluer une situation, de réaliser des interventions et d'en mesurer les effets. Cette description a pourtant la faiblesse de se focaliser uniquement sur les éléments cognitifs du jugement médical.

Avec la notion de phase, Anselm Strauss et ses co-auteurs font référence à l'organisation du travail nécessaire au contrôle d'une maladie⁵¹⁰ : « le schéma de trajectoire du médecin et de l'équipe suppose la visualisation de certaines de ces phases »⁵¹¹. Le concept, chez ces auteurs, est lié à celui de points de séquence « ce terme est adapté, en ce sens qu'à chaque point un nouveau groupe de tâches s'impose ; elles changeront ou en partie au point de séquence suivant »⁵¹². Dans le service de psychiatrie, de telles phases peuvent être décrites à partir de plusieurs points de séquences : la recherche d'un diagnostic, la prescription d'un médicament, la réalisation d'une cure d'ECT ou de kétamine... La notion de phase rend cependant difficilement compte de l'effet des échecs des interventions antérieures sur les trajectoires de maladies.

Dans le champ de l'anthropologie, des autrices ont forgé des concepts plus fluides pour analyser comment les patients sont gérés dans un enchevêtrement de structures de soin. Dans son ethnographie des urgences psychiatriques aux États-Unis, *Emptying Beds*⁵¹³, Lorna Rhodes situe le mandat de ce type d'équipe dans le fait de « faire sortir les patients »⁵¹⁴. Selon elle, ces services sont des espaces disciplinaires dans la mesure où l'équipe produit, non pas des individualités, mais des lits vides. Sharon Kaufman, dans *...and a time to die* décrit deux moyens de « faire avancer les choses »⁵¹⁵ pour gérer la survenue de la mort : recourir à des interventions héroïques ou hospitaliser de façon itérative les malades à l'occasion des exacerbations de maladies chroniques incurables.

Dans ce chapitre, je me demande comment les soignants font pour faire avancer les choses. Pour le dire autrement, et en reprenant un concept du chapitre précédent : comment s'assurent-ils que la maladie reste travaillable ? Selon le nombre de cycles antérieurs de

⁵¹⁰ (A. L. Strauss, 1992; A. L. Strauss et al., 1985)

⁵¹¹ (A. L. Strauss, 1992) p. 176

⁵¹² Ibid p.176-177

⁵¹³ (Rhodes, 1995)

⁵¹⁴ *Getting patients out*

⁵¹⁵ *Move things along*

prescriptions, les tâches à mener ne sont pas les mêmes. La phase de traitement des dépressions résistantes en est une illustration et c'est l'objet du dernier chapitre de la thèse. C'est précisément pour situer cette phase que j'ai dégagé trois temps du travail de trajectoire qui sont chacune abordées dans une section de ce chapitre. Dans la première, je montre comment les psychiatres reprennent le contrôle de situations qui leur échappent. C'est bien souvent le point de départ d'un nouveau cycle de prescription et dont il faut suivre les effets. La deuxième section revient plus précisément sur les tâches menées pour assurer ce suivi des interventions mises en place. Dans le prolongement du chapitre précédent, je restitue la position de ces évaluations dans l'ensemble du travail de trajectoire. Enfin, je décris comment les psychiatres organisent la sortie de l'hôpital.

1. Prendre le contrôle des situations de maladie

Lorsque les malades arrivent à l'hôpital, leur état n'est pas sous contrôle, et c'est bien ce qui a posé problème au psychiatre adresseur. L'objectif est de rendre de nouveau la situation gérable, travaillable. Pour cela, ils se demandent *pourquoi* elle ne l'est plus et *comment* elle leur a échappé. Après avoir montré comment ils expliquent la perte de contrôle sur la maladie, je décris comment ils la qualifient. Ces efforts pour définir la situation initiale ouvrent des cycles de prescription qui visent à reprendre la main sur la trajectoire. J'aborde ensuite leurs différentes stratégies en cas de persistance des difficultés ou bien leur retour. Certaines de ces contingences débouchent sur des changements de cycles.

1.1 Expliquer la perte de contrôle sur la maladie

Pour expliquer pourquoi la maladie n'est pas sous contrôle, les psychiatres mobilisent deux grands cadres d'analyse. Soit elle n'a pas été suffisamment comprise, soit les actions sur celle-ci sont jugées inadaptées. En d'autres termes, soit le *diagnostic* est erroné, soit les *traitements* sont insuffisants.

1.1.1 Un diagnostic insatisfaisant

Le premier cadre est mobilisé lorsqu'au cours de leurs évaluations, les psychiatres font l'hypothèse que les diagnostics antérieurs ne permettent pas de rendre compte de l'ensemble

des manifestations rapportées par les patients. Ils considèrent alors que les traitements prescrits, correspondant à ces diagnostics n'ont pas pu conduire à contrôler l'évolution de la maladie.

Reformuler le diagnostic

Dans cette situation, les psychiatres proposent de nouveaux diagnostics. Ceux-ci peuvent tout d'abord être psychiatriques. Ainsi, lorsqu'ils mettent en évidence que les patients ont eu des épisodes d'excitation, ils corrigent le diagnostic de trouble dépressif récurrent en trouble bipolaire. Ils modifient en conséquence leur prescription pour traiter la pathologie identifiée, en faisant administrer un régulateur de l'humeur dans l'exemple précédent.

Ils peuvent également suspecter que le tableau soit lié à une maladie physique : une pathologie neurologique dégénérative, un cancer, une pathologie endocrinienne. Leur recherche requière un ensemble d'examen complémentaires. Elles sont aussi dévoilées au cours des tests pratiqués de façon routinière à l'arrivée des patients dans le service : un bilan sanguin, un électrocardiogramme, un recueil des urines... Si une affection organique est diagnostiquée, soit les psychiatres mettent eux-mêmes en place un traitement, soit ils transfèrent les patients dans le service adapté. Il est cependant rare que cela explique seul le tableau psychiatrique : la plupart du temps, les psychiatres considèrent que ces pathologies entretiennent le trouble psychiatrique et constituent ce qu'ils appellent des « facteurs de résistance ».

Dans certains cas, la correction du diagnostic par les psychiatres les conduit à se montrer critiques à l'égard des psychiatres adresseurs. Cette attitude est plus prononcée quand ceux-ci n'appartiennent pas à un de leurs réseaux. Pour leurs collègues directs, ils considèrent généralement que la formulation d'un diagnostic est une activité difficile et qui peut nécessiter un temps d'observation à l'hôpital. Pour les autres, l'accent est plus rapidement mis sur leur incompetence à identifier certains états morbides. C'est souvent le cas lorsque les patients sont adressés de services universitaires concurrents. Une patiente fut ainsi orientée par un service voisin pour évaluer une dépression résistante. Après un entretien avec la patiente, le PH de l'unité de semaine dit « mais c'est normal qu'elle ne réponde pas aux traitements, elle est démente ! Il va peut-être falloir apprendre la psychiatrie à nos collègues. On va leur dire de venir faire un stage ici ! (Me regardant avec un sourire et me faisant signe de me taire) je n'ai rien dit, hein ! ». Ils peuvent également suspecter leurs collègues d'avoir menti sur le diagnostic pour adresser un patient. Une patiente avait ainsi été envoyée par un psychiatre libéral pour évaluer un trouble bipolaire. Avant l'entretien, le CCA consulte des comptes rendus antérieurs qui mentionnent un diagnostic de schizophrénie. Le CCA, après l'entretien dit « moi je pense

que c'est une bonne vieille psychotique et qu'elle n'a jamais été bipolaire. Je pense surtout que [le psychiatre libéral] a voulu s'en débarrasser ! ».

Ouvrir, fermer, rouvrir l'énonciation du diagnostic

Il peut arriver que la formulation d'un nouveau diagnostic ne soit pas si simple. Même s'ils n'en sont pas satisfaits, les psychiatres peuvent ne pas parvenir à en identifier un nouveau. S'ouvre alors une période, plus ou moins longue, de formulations diagnostiques successives. Plus généralement, la question du diagnostic peut ainsi être ouverte, mise en suspens, fermée ou rouverte. La clôture du diagnostic survient lorsque les psychiatres arrivent à énoncer celui-ci avec le sentiment d'avoir réduit l'incertitude entourant le cas.

Tout d'abord, les psychiatres peuvent ouvrir une phase de formulation et de reformulation des diagnostics puis la refermer, moyennant la poursuite de l'enquête. Ainsi, tant que les psychiatres considèrent qu'ils ne parviennent pas à faire tenir la compréhension de l'ensemble des manifestations de maladie dans un ou plusieurs diagnostics, ils les reformulent. Ceux-ci peuvent soit retravailler la totalité du diagnostic, soit n'en conserver qu'un élément et en énoncer d'autres. Dans l'exemple suivant, les psychiatres reformulent plusieurs fois le diagnostic dans son ensemble. Il s'agissait d'un homme âgé d'une trentaine d'années pour lequel l'interne dit lors de la première synthèse en guise de diagnostic « c'est un TOC atypique ». Ce diagnostic avait été communiqué à l'interne par le psychiatre adresseur qui avait d'abord diagnostiqué une schizophrénie puis, devant l'absence d'effet des antipsychotiques, un TOC. Malgré le traitement, son état s'améliorait peu, et le patient rapporta de nouvelles manifestations de maladie. Le CCA formula un diagnostic-inventaire « il est anxieux et très obsessionnel ou alors psychotique. Il a une anxiété sociale, des difficultés de cognition sociale, ça fait quelque chose d'assez neurodéveloppemental. Il n'a pas d'automatisme mental ni d'hallucinations. Il a des TOC, mais pas typiques ». Peu de temps après, le patient demanda sa sortie, mais fut réadmis dans le service quelques jours plus tard après avoir pris des médicaments en quantité trop importante. Après plusieurs mois de soins, l'interne formula un diagnostic par addition en synthèse « Il a fait un épisode dépressif, qu'on a diagnostiqué a posteriori. Il a un contact particulier et l'hypothèse des TOC n'est pas résolue. On a évoqué un trouble du spectre autistique, car il connaît tous les Tours de France. L'épisode dépressif semble résolu ».

Ensuite, les psychiatres peuvent conserver le diagnostic principal et en ajouter d'autres qui permettent de comprendre certaines manifestations de maladie. Dans l'exemple suivant,

malgré des difficultés à maîtriser la maladie pendant une cure d'ECT, le diagnostic de dépression n'est jamais remis en cause. C'est la capacité de ce diagnostic à rendre compte de la totalité de l'état de la patiente qui est discuté. Cette patiente de 70 ans commençait une cure d'ECT pour une dépression résistante. Elle avait, par ailleurs, reçu le diagnostic de maladie de Parkinson quelques années auparavant. Dans les premières semaines qui suivirent le début de la cure, l'état de la patiente s'aggrava : elle faisait des crises d'angoisse dans les couloirs de l'hôpital et se tapait la tête contre les murs. Les soignants suggérèrent alors d'autres diagnostics complémentaires. Lors d'une synthèse, l'interne commenta ce comportement en énonçant un diagnostic de trouble de la personnalité « Ça fait très hystérique et dépendant ». Le CCA fit l'hypothèse, quant à lui, que ces comportements étaient en fait le signe d'une démence débutante. Finalement, son état s'améliora et l'interne dit en synthèse, quelques semaines plus tard « c'est une histoire de Parkinson et de dépression résistante avec caractéristiques mélancoliques et hystérisiformes ». Le diagnostic fut donc de nouveau emboîté en fin d'hospitalisation : ce qui avait été mis sur le compte d'un trouble de la personnalité indépendant est réintégré au diagnostic de dépression.

Enfin, la question du diagnostic peut également être rouverte après avoir été temporairement close. C'est le cas lorsque les psychiatres définissent une situation de dépression résistante, mais que certaines manifestations persistent malgré le déploiement de nombreux traitements. Ces requalifications font l'objet d'une section dans le dernier chapitre. Les diagnostics peuvent, enfin, rester ouverts à l'issue d'une hospitalisation. Dans l'exemple suivant, au cours de l'hospitalisation, les psychiatres repèrent de nouvelles manifestations qui ne peuvent être expliquées par la seule dépression. Au gré de la dégradation de son état, les psychiatres rouvrent sans cesse le diagnostic. Cette patiente de 19 ans fut adressée par son psychiatre traitant pour traiter un épisode dépressif et préciser le diagnostic. L'interne définit un premier diagnostic par addition lors de la première synthèse : « Elle est là pour un épisode dépressif caractérisé. Par ailleurs, elle a un trouble panique avec agoraphobie. Elle a des traits de personnalité évitant ». Au cours de l'hospitalisation, l'interne rapporta des éléments livrés par la patiente et qui ne pouvaient plus être expliqués par les diagnostics évoqués plus haut « elle décrit qu'elle se fixe longtemps dans le miroir pour se reconnaître. Et elle dit que les gens lui disent que parfois elle sourit quand elle n'est pas bien. Elle a un trouble de la reconnaissance faciale ». Le CCA émit deux hypothèses diagnostiques concernant ces éléments « elle a un authentique trouble dépressif et un trouble anxieux. Après sur quoi ces deux épisodes se greffent ? On a pensé à un TSA (trouble du spectre autistique), mais le diagnostic différentiel du TSA, ce serait une entrée dans la psychose ». Lors des discussions en synthèse, le CCA

évoqua de demander une évaluation au chef de service. Celui-ci vint dans le service un après-midi et s'entretint avec elle. En sortant, il dit « bon, elle est bien déprimée, c'est sûr, et on peut encore l'améliorer. On peut augmenter l'Effexor à 3 comprimés. Bon et il faut lui refaire un bilan neuropsychologique avec un QI, une IRM et reprendre l'histoire développementale avec les parents ». Malgré les traitements, son état continua de se dégrader. Lors d'une synthèse, le CCA reformula complètement le diagnostic et exposa des options pour intervenir en dépit de l'incertitude. Il dit « c'est difficile d'être sur un diagnostic précis. Elle a fait plusieurs épisodes dépressifs caractérisés, elle a des antécédents familiaux, et on a vu quelques améliorations, mais elle a fait une rechute sévère, ce qui serait en faveur d'un trouble bipolaire, mais sans phase up. En plus, elle a une anxiété importante, une anxiété de performance, une dysmorphophobie, mais qui est bien critiquée, elle craint d'être surveillée dans la rue, elle a des moments d'anxiété sans objet, c'est pour ça qu'elle se scarifie. Il y a des éléments de personnalité état limite et au moins un épisode délirant. Ça nous indique un traitement par antipsychotique, mais avec un diagnostic de trouble thymique et peut être un trouble du spectre autistique. Pour le TSA, il y a des difficultés anciennes dans les relations avec les autres, une dyspraxie, enfin des éléments développementaux ». Dans la suite de son hospitalisation, sans que les médecins comprennent précisément pourquoi, son état s'améliore progressivement. Cependant, ils ne formulent pas d'autre diagnostic plus synthétique avant sa sortie. Ils la convoquent quelques mois après en unité de semaine pour refaire le point et poursuivre la formulation d'un diagnostic plus précis.

Agir en situation de diagnostic incertain

L'incertitude en matière de diagnostic ne bloque pourtant pas l'action. Dans ces situations, les psychiatres sollicitent un ensemble d'interventions : ils demandent aux autres soignants plus d'évaluations, des examens complémentaires, des avis extérieurs ou aux autres médecins du service. Ils prescrivent également des médicaments : soit ils s'appuient sur certains éléments saillants du diagnostic soit ils projettent qu'une telle prescription pourra faire avancer la compréhension du cas.

Si les diagnostics désagrégés ne satisfont généralement pas les psychiatres, ils ont pourtant pour vertu principale de leur permettre de légitimer certaines prescriptions. Aussi, un diagnostic inventaire déploie un ensemble d'éléments de la situation dans lesquels les médecins piochent pour cibler leurs interventions. Dans l'exemple précédent, après que les médecins ont formulé des diagnostics sous une forme très peu agrégée, ils prescrivirent des médicaments antipsychotiques pour soulager un état qu'ils qualifièrent de délirant avec peu de certitudes, des

traitements anxiolytiques pour apaiser son angoisse, un traitement antidépresseur pour agir sur les éléments qu'ils qualifiaient avec un certain flou de « dépressif ».

Outre ces prescriptions chevillées à des diagnostics-inventaires, les psychiatres mènent un ensemble d'actions que j'appelle intermédiaire. Par ce terme, j'entends qu'elles permettent à la fois d'agir sur la situation et en même temps de progresser dans sa compréhension. Leurs effets servent alors de repère pour faire avancer les choses. Parmi celles-ci, on peut citer : la réalisation de fenêtres thérapeutiques, la prescription de médicaments à large action ou encore les traitements d'épreuve. Une fenêtre thérapeutique est un arrêt de tous les médicaments. Les psychiatres la décident lorsqu'ils rencontrent des difficultés à déterminer ce qui, dans l'état des patients, relève de la maladie, des médicaments ou de leur personnalité. Ainsi, une patiente présentait des manifestations difficiles à caractériser et les psychiatres hésitaient entre une dépression ou un excès de prescriptions médicamenteuses. Tant à la visite qu'à la première synthèse, ils projetèrent de réaliser une fenêtre thérapeutique dont ils attendaient qu'elle leur permette de trancher entre ces différentes possibilités pour ensuite trouver un traitement adapté.

Ensuite, les psychiatres peuvent prescrire des traitements susceptibles d'agir sur plusieurs pathologies, ce que j'appelle des traitements à large action. Les effets de la plupart des psychotropes étant peu spécifiques d'une pathologie, les psychiatres peuvent utiliser certains médicaments même s'ils n'ont pas encore statué sur un diagnostic. Pour une patiente, les psychiatres hésitaient entre un délire lié à une schizophrénie ou à une dépression. Le CCA s'appuya sur le délire comme dénominateur commun aux deux pathologies pour prescrire un antipsychotique. Les psychiatres peuvent enfin prescrire des traitements d'épreuve, c'est-à-dire des traitements qui, s'ils sont efficaces, permettent de valider rétrospectivement leur diagnostic. Lors de la synthèse, les psychiatres firent la supposition qu'une patiente était atteinte d'un autisme sur lequel se greffait une dépression chronique, abandonnant en cela, mais sans grande certitude, l'hypothèse d'une schizophrénie. Ils introduisirent un antidépresseur en disant « ça nous permettra de trancher ». Ainsi, lorsque le diagnostic apparaît insuffisant aux yeux des psychiatres pour englober l'ensemble des éléments de la situation, ceux-ci en cherchent de nouveaux. Cette quête diagnostique ne suspend pourtant pas l'action et une variété d'interventions peuvent même avoir pour vertu de faire avancer la compréhension du cas.

1.1.2 Un traitement insuffisant

Lorsqu'au cours de leur évaluation, les diagnostics antérieurs leur semblent satisfaisants pour comprendre les manifestations de la maladie, ils mobilisent un deuxième cadre pour expliquer l'absence de contrôle sur la pathologie : c'est le traitement qui n'est pas suffisant.

Évaluer plus précisément l'insuffisance du traitement

Généralement, les psychiatres commencent par prescrire des examens permettant de rechercher des facteurs physiques réduisant les effets des traitements, les « facteurs de résistance ». Ils cherchent : des problèmes d'absorption, un métabolisme trop lent ou trop rapide, une maladie organique entretenant la dépression. Ils dosent également les taux de médicaments, et de leurs métabolites dans le sang.

Lorsque c'est le traitement qui est jugé insuffisant, ils portent une attention particulière à l'historique des prescriptions. On a vu que celui-ci était systématiquement reconstitué lors des entretiens médicaux, complété par les appels au psychiatre traitant, l'obtention de comptes rendus antérieurs. Ils cherchent à préciser un ensemble de paramètres : le type de molécules prescrites, mais aussi selon quelles associations, à quelles doses, pendant combien de temps et les effets qu'elles ont pu avoir. Le recueil de ces informations n'est cependant pas toujours simple. Les patients peuvent ne pas se rappeler, les psychiatres traitants ne pas avoir toutes ces données et les comptes rendus communiquer des renseignements parcellaires.

Qui est responsable de l'insuffisance du traitement ?

Les psychiatres peuvent considérer que leurs collègues n'ont pas pu prescrire les traitements à la bonne dose ou assez longtemps du fait d'effets indésirables. Dans ces situations, les médecins adresseurs ne sont pas tenus pour responsable de l'insuffisance du traitement.

Cependant, à l'instar de ce que j'ai décrit pour les diagnostics, les psychiatres peuvent émettre des jugements moraux quant à la compétence des psychiatres adresseurs. De même que précédemment, les psychiatres du service ont tendance à excuser leurs collègues et partenaires et à blâmer les autres. Ainsi le CCA dit d'une clinique qui adressait une patiente pour évaluer une dépression résistante « Ils ont fait n'importe quoi, elle est hospitalisée depuis deux mois, ils lui ont prescrit au moins dix traitements, parfois pendant quelques jours, c'est trop court pour pouvoir juger de l'efficacité. En plus, elle a deux tricycliques, ça ne va pas du tout ».

Lorsqu'un service ou un psychiatre adresseur a mauvaise réputation, les receveurs ont tendance à remettre plus rapidement en cause les essais de médicaments antérieurs. Le blâme est moins important si le psychiatre adresseur sollicite le service spécifiquement pour ses compétences de prescription. Dans l'exemple suivant, l'interne décrit que le psychiatre de la patiente lui donnait de faibles doses de Seroplex pendant une cure psychanalytique, cette dernière étant présentée comme le cœur de son activité. « Elle a eu une prise en charge psychanalytique pendant 2 ans sans efficacité. Son psychiatre a jonglé sur des doses de Seroplex entre 5 et 10 mg. Elle a été adressée pour une prise en charge plus neurobio [logique] ».

Les psychiatres peuvent également considérer que le traitement n'est pas adéquat parce que les patients ne les ont pas pris correctement, voire pas du tout. Il est rare qu'à l'unité ouverte les psychiatres demandent explicitement si les patients observaient de façon adéquate leur prescription avant d'arriver. Implicitement, il leur semble que s'ils acceptent d'être hospitalisés c'est qu'ils sont d'accord pour prendre ceux qui leur sont prescrits. Ce n'est pas le cas en consultation et à l'hôpital de jour où les psychiatres posent la question presque à chaque fois. Le refus de certaines molécules peut être compris soit comme faisant partie de la pathologie, auquel cas ils envisagent une mesure de contrainte, soit une opposition délibérée. Comme pour l'historique des traitements, les psychiatres ont rarement la certitude que les patients ont correctement pris leurs traitements.

Prescrire le bon traitement

Lorsque c'est le diagnostic qui est jugé insuffisant, les psychiatres ont tendance à mobiliser les traitements comme points de repère pour déterminer un diagnostic et plus largement pour définir la situation de maladie. Ici, ils font le contraire : ils s'appuient sur le diagnostic pour prescrire des traitements. De plus, alors qu'ils utilisent des traitements de façon peu spécifiques dans le premier cas, cette fois-ci, ils cherchent celui qui sera le plus efficace et le plus spécifique possible. Dans ce cadre, les psychiatres ont plusieurs manières d'intervenir.

Lorsqu'ils estiment que l'adresseur n'a pas su donner le bon traitement, ils prescrivent en restant dans une classe de médicament à l'efficacité réputée similaire. C'est ce que j'appelle la logique de prescription *horizontale*. Ils peuvent alors considérer que le traitement est bon, mais à trop faible dose et ils augmentent celle-ci. Ils peuvent penser que cette molécule a peu de chance de fonctionner et ils en changent pour une autre de classe équivalente. Lorsqu'un médicament a été pris trop peu de temps il peut être maintenu, ou repris s'il avait été arrêté. Dans l'exemple suivant, l'interne présentait en synthèse le cas d'une patiente pour qui les

traitements sont remplacés par des traitements de la même classe : « madame Y. C'est une patiente qui a fait plusieurs épisodes dépressifs dans sa vie. Elle a été étiquetée bipolaire, stable sous Depakote qu'elle avait arrêté parce qu'elle avait un désir de grossesse. En 2016, elle a fait un épisode hypomane, elle a eu une relation extraconjugale qui est reliée à cet épisode. Depuis elle fait un épisode dépressif sévère. Son psychiatre ne lui donnait que 5 mg de fluoxétine. On a introduit le Zoloft à 50 et du Teralithe ».

Lorsque le traitement antérieur est jugé adéquat, ils cherchent à prescrire des médicaments ou d'autres techniques plus efficaces. Ils prescrivent selon une logique *verticale* qui vise la maximisation des effets des interventions techniques. La preuve de leur plus grande efficacité s'appuie à la fois sur les données de la littérature médicale et sur l'expérience des cliniciens. Cependant, on l'a vu dans le deuxième chapitre, la pertinence d'une telle hiérarchie entre les méthodes thérapeutique a régulièrement été remise en cause et reste source de controverse. Les situations de dépression résistante sont une variété de ces situations de traitement insuffisant appelant à mobiliser des traitements plus puissants. C'est l'objet de la dernière partie, et notamment du chapitre 9. Les psychiatres ont donc deux cadres pour comprendre pourquoi la situation leur échappe : soit le diagnostic, soit le traitement n'est pas adapté. Outre ces explications, ils cherchent également à qualifier cette perte de contrôle.

1.2 Qualifier la perte de contrôle sur la maladie : situations critiques et immobiles

Dans les premiers temps de l'hospitalisation, les psychiatres tentent également de déterminer *comment* cette perte de contrôle a posé problème au médecin adresseur. Cette compréhension se fait selon deux cadres, là encore, et qui coexistent le plus souvent dans la description qu'ils font des cas, mais dans des proportions variables. D'une part, ils peuvent définir une situation en crise, *critique*. Je reprends ici les deux sens du terme crise relevés par R. Koselleck : elle est à la fois une situation alarmante et un point décisif dans le temps⁵¹⁶. Il y a un caractère d'urgence et il faut prendre une décision rapidement pour la contenir. D'autre part, les psychiatres rendent compte de *situations immobiles* : en dépit de leurs efforts, la maladie reste inchangée.

⁵¹⁶ (Koselleck & Richter, 2006)

1.2.1 Les situations critiques

Dans les situations critiques, les psychiatres relèvent un danger pour la vie des patients qui appelle un travail de sécurité qu'ils ne peuvent mener à bien si rien n'est modifié dans l'environnement des patients. Il faut agir vite, protéger les patients d'eux-mêmes ou d'une pathologie somatique. L'adreur anticipe que le maintien des mêmes conditions de soin ne permettra pas de prévenir ce risque et adresse ainsi le patient à l'hôpital pour que son état soit surveillé de près. Leurs capacités de gestion sont dépassées. Plus largement, ce sont des situations dans lesquelles les psychiatres relèvent l'instabilité de l'état des malades et l'impossibilité pour eux de faire des projections de trajectoire. Ils mobilisent alors une rhétorique de la vie sauvée pour décrire leurs actions.

Identifier la source de la crise

La situation peut être alarmante parce que les patients se mettent eux-mêmes en danger. Ce fut le cas d'une patiente qui avait été amenée aux urgences par les pompiers après un geste suicidaire. Le psychiatre qui la reçut aux urgences de l'hôpital l'adressa dans le service, car il anticipait qu'une prise en charge en ambulatoire ne serait pas possible. À son arrivée, l'interne dit « pour le risque suicidaire, il faut une surveillance horaire, et on lui a prescrit du Tercian pour diminuer l'impulsivité ».

La situation devient également alarmante lorsque le médecin identifie un état physique potentiellement léthal : un surdosage en médicaments ou une pathologie organique avec expression psychiatrique. Dans cet exemple, le CCA présente le cas suivant : « c'est une patiente de 69 ans qui a contacté le Dr A. pour traiter un épisode dépressif caractérisé. En explorant son histoire, il a retrouvé des épisodes hypomanes et dépressifs. Il a introduit un antidépresseur et du lithium. Lors de l'augmentation du lithium, elle a été confuse. Soit elle a fait une encéphalopathie, soit elle faisait n'importe quoi avec le traitement. Elle a fait un épisode de confusion et elle a été hospitalisée en médecine. Donc elle a un trouble bipolaire avec une symptomatologie dépressive légère, car le traitement antidépresseur a été efficace. Là l'objectif, c'est de lui introduire soit du Lamictal soit du Xeroquel ».

Un climat émotionnel tendu

Les premiers temps de ces situations critiques sont marqués par un certain climat émotionnel chez les soignants. Ceux-ci mobilisent fréquemment le vocabulaire de l'inquiétude, et ce principalement dans les moments d'échanges entre eux. Les psychiatres peuvent faire des prédictions pessimistes sur l'issue de certaines prises en charge. Ces prédictions sont généralement articulées autour de recommandations de surveillance des patients. Le CCA dit ainsi à l'interne au cours d'une visite à propos d'une patiente qui avait fait une tentative de suicide et qui venait d'être transférée de l'unité fermée « elle reste très inquiétante. Moi j'ai très peur qu'elle rechute et qu'elle tente de se suicider dans le service. Au moindre signe de dégradation, on la transfère [à l'unité fermée] ». Les infirmières et les internes peuvent exprimer leurs inquiétudes quant à leur capacité à surveiller l'état des patients. Ces inquiétudes sont généralement chevillées à une demande de transférer les patients en unités fermées ou vers une unité de soins somatiques adaptée.

Agir en situation critique : traitements symptomatiques et traitements de fond

Dans ce type de situations, l'action est séquencée entre court et long terme. À court terme, l'objectif des psychiatres est de protéger les malades, de garantir leur sécurité. Ils font tout pour faire revenir les manifestations de la maladie à un niveau qui rende celle-ci gérable au long cours. La priorité est alors mise sur le travail de sécurité sur celui de confort. Les conditions d'hospitalisation sont aménagées : inventaire des effets personnels, limitations des sorties du service, plus grande vigilance des soignants... Les prescriptions sont également séquencées selon cette logique entre traitements symptomatique et traitement de fond qui sont supposés agir respectivement à court et long terme.

L'efficacité des *traitements symptomatiques* est attendue entre quelques minutes et quelques heures. Ils permettent de gérer la plupart des manifestations potentiellement dangereuses des maladies psychiatriques que sont l'anxiété et l'agitation. Ces médicaments sont qualifiés d'anxiolytiques, d'hypnotiques, de sédatifs et se composent des benzodiazépines et de leurs dérivés, d'antihistaminiques et de certains neuroleptiques. Leur prescription est principalement guidée par la définition de l'état actuel des patients. Les psychiatres en attendent des effets rapides et tant que celui-ci n'est pas atteint, les doses sont augmentées ou les molécules changées, parfois en quelques jours. Ces composés sont le plus souvent prescrits plusieurs fois par jour avec la possibilité pour les patients de demander des doses

supplémentaires. Lorsque l'état des patients s'améliore, les traitements symptomatiques sont diminués puis, si c'est possible, arrêtés avant la sortie de l'hôpital. Leur diminution sans réapparition de l'état pathologique peut constituer, pour les psychiatres, un argument en faveur d'une bonne évolution clinique.

La notion de traitement symptomatique s'oppose à celle de *traitement de fond*. Ceux-ci sont prescrits par les médecins pour agir spécifiquement sur une pathologie particulière. Ils s'appuient ainsi sur leurs formulations diagnostiques. L'objectif des psychiatres, avec de tels traitements, est d'obtenir la stabilisation de la maladie et de prévenir une nouvelle dégradation de l'état des patients. Les psychiatres n'attendent un effet de ce type de traitements qu'après plusieurs semaines, pouvant même anticiper que certains traitements puissent produire de nouveaux effets positifs jusqu'à deux ans après leur introduction. Ces médicaments sont qualifiés d'antidépresseurs, de régulateurs de l'humeur ou d'antipsychotiques. Puisque leur action n'est attendue qu'après quelques semaines d'utilisation, les psychiatres évitent de modifier ces molécules trop rapidement, à moins qu'ils ne produisent trop d'effets négatifs. La décision d'introduire ou de modifier un traitement de fond est généralement prise par un médecin senior. Ainsi, lorsqu'un patient est admis dans l'unité, il garde le plus souvent, durant quelques jours le même traitement qu'auparavant. Ce n'est qu'à l'issue de plusieurs évaluations du CCA que le médecin senior change son traitement de fond, soit lors de la visite, de la synthèse ou de façon plus informelle. Contrairement aux traitements symptomatiques, les traitements de fond sont progressivement augmentés, pour éviter la survenue d'effets négatifs. Ces traitements sont prescrits au patient à sa sortie de l'unité soit pour quelques mois ou sans date de fin.

1.2.2 Les situations immobiles

L'autre cadre correspond à des situations *immobiles*. Les psychiatres indiquent que l'état des patients ne change pas malgré de nombreuses lignes de médicaments. Ce sont des situations de maladies qui durent depuis longtemps, mais qui ne présentent pas nécessairement de caractère urgent. Alors que dans les situations critiques, les psychiatres voulaient éviter la mort des patients, ici, ils cherchent à tout prix à repousser une maladie chronique irréversible. L'enjeu n'est pas de maîtriser la maladie à court terme, mais d'éviter que celle-ci devienne non travaillable à long terme. Lorsqu'ils décrivent ces situations, ils en parlent comme d'un état fixé et peu sensible aux diverses interventions, mais néanmoins délétère pour les patients. Contrairement aux situations critiques, la rhétorique employée n'est pas celle de la vie sauvée,

mais de la vie qui vaut le coup d'être vécue. Dans l'extrait suivant, l'interne décrit en synthèse la persistance d'un état dépressif malgré plusieurs médicaments et une cure d'ECT. Après plusieurs moments où les médecins ont été dépassés, la situation reste immobile depuis plusieurs années.

Interne « monsieur T. C'est un monsieur qui est arrivé avant-hier, il a 68 ans. C'est une histoire qui débute en 2010 par un épisode dépressif sévère. Il a eu plusieurs traitements antidépresseurs inefficaces. Il a fini par avoir des ECT en 2011. Il a fait deux épisodes hypomanes en 2016 et 2018. Il a fait un épisode dépressif mélancoliforme après le dernier épisode maniaque et depuis, ce n'est pas résolu malgré une prise en charge à [hôpital de secteur] et en clinique. Il est toujours sévère sur le plan de l'humeur ».

Parfois, ce sont les patients eux-mêmes qui sont bloqués chez eux. Ils n'arrivent ou ne veulent plus sortir de leur domicile et se rendre au travail ou à l'école.

Dans les situations définies comme immobiles, les soignants recherchent des éléments susceptibles d'être changés. L'enjeu pour eux est de rendre réversible une situation qui ne l'était plus pour le médecin adresseur. Elle est ainsi dépliée, ouverte, pour que la probabilité qu'un changement advienne augmente. Contrairement aux situations critiques, les psychiatres recourent peu au travail de sécurité. La priorité est donnée au travail de confort et sentimental. Pour cela, les soignants sont encore plus attentifs à la demande de soin des patients. Comme je l'ai indiqué plus haut, ils mettent tout en œuvre pour que les patients expriment ce qui les gêne le plus dans leur état actuel afin de dégager des cibles d'intervention. Mais ces cibles ne découlent pas uniquement de la plainte des malades : celles-ci sont retravaillées par les soignants pour se mettre d'accord sur des objectifs atteignables. Au-delà de la dimension d'ajustement des attentes, les psychiatres tentent de mobiliser les patients à s'engager dans le travail de trajectoire. Ils font de nouvelles projections dans l'avenir, qu'ils communiquent aux patients.

Contrairement aux situations critiques, le climat émotionnel des premiers temps de ces hospitalisations n'est pas marqué par l'expression d'une inquiétude. Avec le temps, cependant, les soignants peuvent exprimer une certaine lassitude, un agacement, voire se montrer désespérés pour le futur des patients.

1.3 Gérer les contingences et les échecs

Lorsque tout ne se passe pas comme prévu, que la situation reste identique ou qu'elle échappe de nouveau aux tentatives de la maîtriser, les médecins réévaluent les choses. La

situation est alors examinée, de même qu'au début de l'hospitalisation. On entre alors dans une nouvelle phase de la trajectoire qui peut imposer de changer de cycle de prescription, nécessiter de mener d'autres investigations ou de réaliser de simples ajustements.

Au cours d'une hospitalisation, les maladies peuvent ne pas s'améliorer. Leur cours s'avère parfois imprévisible et avoir des développements inattendus, voire inconnus, constituant autant de contingences. Dans les trajectoires de maladies multiples, une maladie peut influencer sur une autre. Ainsi, l'état psychiatrique des patients peut évoluer d'une façon qui n'avait pas été anticipée : les patients peuvent rester dans le même état malgré la prescription de nombreux traitements, un état maniaque peut succéder à un état dépressif, un état dépressif peut s'aggraver après s'être initialement amélioré, les patients peuvent prendre des substances psychotropes en douce, parler d'idées suicidaires qu'ils n'avaient pas évoquées auparavant, voire tenter de se suicider dans le service ou en permission. Les patients peuvent également avoir des manifestations somatiques : des diarrhées, un ballonnement important, des œdèmes, chuter et se blesser... Ces manifestations peuvent être secondaires à une maladie indépendante du trouble psychiatrique, connues ou non avant cet épisode. Elles peuvent également être la conséquence des traitements ou encore de l'anxiété des patients. Elles nécessitent généralement d'organiser des examens complémentaires et des avis spécialisés, parfois en dehors du service voire dans d'autres hôpitaux, organisation qui peut s'avérer complexe. Ces contingences peuvent avoir un effet délétère sur le moral des patients, prolonger une hospitalisation déjà longue, compromettre un retour à domicile, diminuer l'absorption des médicaments ou rendre impossible leur poursuite.

Les soignants réévaluent ces situations et disposent alors des mêmes cadres de compréhension que je viens de présenter. Une situation immobile peut devenir critique lorsqu'apparaissent des idées suicidaires ou des symptômes somatiques. La sécurité est alors renforcée quand les malades ne sont pas transférés. Au contraire, une situation critique peut devenir immobile lorsqu'en dépit des efforts déployés, elle a peu de chances de changer au long cours avec un risque important de récurrence. Les psychiatres expliquent alors que la situation est hors de contrôle par le fait qu'ils se sont trompés de diagnostics ou qu'ils n'ont pas encore trouvé le bon traitement. Dans ce dernier cas, on assiste à un changement de cycle, les psychiatres modifient le médicament ou décident d'initier une cure d'ECT ou de kétamine.

Le mode d'entrée dans un nouveau cycle de prescription est ainsi tributaire de la façon dont les psychiatres définissent la situation initiale. Celle-ci est tendue par deux cadres, le premier apportant une explication à la perte de contrôle sur la maladie et le second une

description de la manière dont celle-ci survient. Ces différents cadres impliquent de mener certaines tâches et d'en suivre les effets, ce que j'aborde dans la prochaine section.

2. Suivre l'évolution des situations de maladie

La prescription d'un traitement ouvre un nouveau cycle. Dans le sens commun, la notion de cycle renvoie à la fois à une « période dont le terme correspond au retour de certains phénomènes » et une « succession de phénomènes présentant un caractère de périodicité et constituant les étapes d'une évolution de l'état initial à l'état final »⁵¹⁷. À la fois éternel recommencement et façon d'avancer dans la situation, un cycle entame un nouveau segment temporel dont l'issue reste incertaine. Aussi, les psychiatres, accompagnés de toute l'équipe, suivent les effets de ce qu'ils mettent en place et décident si selon eux les cas avancent ou non. Ils commentent les variations de l'état des patients, les comparent avec ce qu'ils estiment être leur état de base et entreprennent de les convaincre qu'ils vont mieux. Ces décisions ont lieu dans deux espaces, les visites médicales et les synthèses. De manière générale, les psychiatres insistent sur les améliorations de l'état des patients, même minimes, et tentent de minimiser les effets indésirables. Ils assurent ainsi d'aller au bout d'un cycle avant d'en changer. Les changements de cycle font l'objet de discussions et de négociations entre soignants et avec les patients.

2.1 Les visites de suivi : convaincre les patients qu'ils vont mieux

Dans le chapitre précédent, on a vu que la première visite permet au CCA de réunir des informations et de se faire son idée de l'état des patients. Elle lui sert également à déterminer le degré d'engagement des patients dans le travail de trajectoire. Ce travail d'évaluation se poursuit dans les visites suivantes, que j'appelle visites de suivi. L'accent se déplace cependant sur ce qui se passe à l'hôpital. Bien entendu, les psychiatres continuent à explorer les événements qui ont précédé l'hospitalisation : lorsqu'ils considèrent qu'ils n'ont pas encore tout à fait saisi la situation, ou s'ils apprennent des éléments nouveaux des patients eux-mêmes ou d'autres personnes. Dans les visites de suivi, les psychiatres s'enquière de l'évolution de l'état des malades à l'hôpital, les informent des traitements qui seront mis en place, leur communiquent leurs attentes, des diagnostics. Enfin, les psychiatres doivent parfois les

⁵¹⁷ Définition de CNRTL <https://www.cnrtl.fr/definition/cycle>

convaincre d'adopter la même perspective qu'eux, en d'autres termes, de renouveler leur accord pour poursuivre le travail.

2.1.1 Définir l'évolution de la situation

Les psychiatres commencent fréquemment les entretiens de suivi par une évaluation de l'évolution des patients dans le service. Ils posent soit des questions générales « comment vous vous sentez ? », soit des questions plus précises sur un ou plusieurs aspects de leur état « vous dormez bien ? ». Ils s'enquèrent également des réactions des malades aux traitements : de façon générale, sur un aspect particulier de leur état « et l'après-midi après la kétamine vous avez plus de facilités à vous concentrer ? », ou demandent s'ils ressentent des effets indésirables. Occasionnellement, les patients se livrent à ces évaluations par eux-mêmes : décrire les variations, ou l'absence de changement de leur état « je n'arrive pas à sortir de cette déprime » ; ou attribuer cet état et ses variations aux effets des interventions thérapeutiques « j'ai encore de la sécheresse buccale à cause de la gabapentine. Je pense que c'est le lithium qui m'a fait du bien ».

Lorsque les patients rapportent qu'ils ressentent des effets secondaires, les psychiatres ont tendance à mettre l'accent sur les améliorations. Rarement, les médecins le leur demandent directement. Ils justifient cette attitude par la nécessité de ne pas suggérer leur présence par des questions trop explicites. La plupart du temps, ce sont eux qui les décrivent et les psychiatres les amènent à en préciser la nature. Ils sont alors enclins à exprimer aux patients que ces effets secondaires sont le prix à payer pour voir leur état s'améliorer et conduisent ceux-ci à y donner plus d'importance. Ainsi le CCA dit à un patient qui se plaignait de trouble de l'érection « Pour vous le Nardil, la question, c'est est-ce qu'on augmente. Je sais que vous êtes dérangé par certains points (il fait référence à ses troubles de l'érection), mais je sais que vous ne serez pas dérangé si on vous améliore ». Ils leur montrent également que les manifestations gênantes qu'ils rapportent peuvent être liées à d'autres causes que les médicaments. Une patiente décrivait avoir une vision trouble, ce qu'elle attribuait à l'anesthésie précédant les séances d'ECT. Le CCA lui répondit « est-ce que ce n'est pas plutôt le retour à la maison qui vous angoisse ? La sismo n'est responsable de rien sauf de vos problèmes de mémoire, le reste c'est lié à l'anxiété ». Lorsque les manifestations ne peuvent être imputées à rien d'autre qu'aux médicaments, les médecins expliquent que ces effets sont transitoires et tentent de les soutenir pour les supporter. Le CCA dit à une patiente traitée par ECT « vous avez toujours un traitement

intensif, donc avec des troubles de la mémoire importante (elle acquiesce) vous savez que ce sera résolu après. Quand je vous avais vue, vous alliez très mal. Là, il faut tenir bon ».

Les psychiatres s'appuient sur les autoévaluations des malades pour leur exposer les changements de traitement : justifier l'arrêt d'une molécule par le fait qu'ils ne ressentent pas de bénéfice, en reprendre une qui en a eu un ou essayer un traitement qui n'a jamais été prescrit. Les nouvelles interventions sont présentées aux patients en décrivant le type d'effets attendus « Donc on va commencer le lithium, c'est un thymorégulateur, c'est pour augmenter l'efficacité des antidépresseurs et ça prévient les rechutes dépressives » ; en leur expliquant de manière succincte leur mécanisme d'action « plusieurs classes de traitement sont sélectives sur un seul neurotransmetteur, lui non, c'est pour ça que c'est plus efficace » ; ou en leur donnant des pourcentages d'efficacité « la sismo marche dans 80 % des cas, enfin 70 à 80 % des cas ». Ces informations ont également pour but de convaincre les patients de continuer à prendre leurs médicaments à la sortie.

2.1.2 Partager aux malades leur définition de la situation,

Les psychiatres énoncent aux malades l'évolution de leur état, et particulièrement, lorsqu'ils considèrent qu'ils s'améliorent. Ce faisant, ils leur font part de leurs projections. Ces énonciations participent au travail sentimental : elles leur permettent de soutenir moralement les malades, mais aussi de les accompagner dans les changements d'identité nécessaires au travail de trajectoire. Un des principaux leviers pour convaincre les patients que leur état s'améliore est de leur rappeler celui dans lequel ils étaient à leur arrivée dans le service. Ils insistent sur cet aspect d'autant plus que les patients ont des troubles de la mémoire, pendant une cure d'ECT par exemple. Ainsi à l'issue d'une cure d'ECT, le CCA échangeait avec une patiente. Il tenta de la faire se souvenir de son état avant la cure. Pour cela, il la conduisit à reconnaître des symptômes de dépression par l'utilisation récurrente de « et ça vous l'aviez ? » :

CCA « alors, comment vous étiez ? (Silence) »

Patiente « fatiguée (elle regarde son mari), les week-ends ça allait... »

CCA « vous ne savez plus ou c'est difficile d'en parler ? »

Patiente « je ne sais plus. Je me souviens de perfusions de kétamines, de la salle à manger dans laquelle il y avait eu une souris une fois, des essais médicamenteux avant de passer aux sismos. »

CCA « et comment vous étiez ? »

Patiente « le moral devait être dans les chaussettes, je n'avais pas un super moral. Là, ça remonte ».

CCA « vous voyez ce que c'est une dépression ? Qu'est-ce que vous aviez ? »

Patiente « on n'a plus envie de rien »

CCA « ça vous l'aviez »

Patiente « on s'isole »

CCA « ça vous l'aviez ? »

Patiente « je ne sais plus... (Silence) on ne sort pas ».

Malgré les trous de mémoire, il la conduit à construire des souvenirs de son état passé. Cela l'amena un peu plus tard dans l'entretien à lui demander : « Donc l'évolution est bonne, moyenne ou mauvaise ? », ce à quoi elle répondit, un peu contrainte « oui, bonne... ».

Si les patients ne reconnaissent pas l'amélioration, les psychiatres les incitent à essayer de s'en persuader. Ils les conduisent alors à tenter d'arrêter de se plaindre et de se focaliser sur les aspects positifs. La même patiente que dans l'exemple précédent :

Patiente « je me demande si l'injection qu'ils mettent pour la crise d'ECT n'est pas trop forte. Hier, au réveil, j'avais des claquements de dents, d'habitude je n'ai pas ça. Et puis j'ai une baisse de la vision, j'ai pris un rendez-vous avec un ophtalmo pour la sortie. »

CCA « donc rien ne va bien ! »

La patiente regarde son mari « si ? Mais je perds le souvenir de tout. »

CCA « mais vous ne mettez en avant que les choses négatives. C'est particulier comme réponse. Il faut que vous appreniez à voir le côté positif de votre amélioration. Vous allez beaucoup mieux qu'à votre arrivée ! »

Les psychiatres invitent les patients à partager leur vision des effets des médicaments : mettre l'accent sur les effets positifs et minimiser ceux qu'ils décrivent comme étant indésirables.

Si leur état tarde à s'améliorer, les psychiatres tentent de rassurer les patients en leur disant qu'il est normal qu'un traitement mette du temps à agir. Ils indiquent que c'est généralement le cas lorsque la maladie traîne depuis longtemps. À une malade qui s'impatientait de se voir toujours couchée, le CCA répondit « mais vous êtes restée longtemps comme ça, moi je vais supporter un temps d'attente plus long pour l'efficacité ». Si leur état fluctue, ils les rassurent sur le fait que lorsque leur état s'améliore, mais que les progrès ne se font pas en continu. Ils tentent de communiquer aux patients la différence qu'ils font entre rechute et fluctuation. Ainsi, à une patiente qui s'inquiétait d'être plus angoissée depuis la veille malgré une amélioration de son état, il dit « mais être moins bien, ce n'est pas une rechute. Pour

nous, ça fait longtemps qu'il n'y avait pas eu une amélioration comme celle-ci. C'est normal d'avoir des moments d'anxiété. Il ne faut pas vivre les choses comme une régression. Mais vous allez avoir de la TCC pour vous aider à gérer l'anxiété » puis il ajoute « mais il y en aura d'autres des phases comme ça, le but c'est d'en sortir le plus vite possible ».

Les psychiatres demandent parfois aux patients de se décrire tels qu'ils étaient avant la maladie, leur état antérieur. Cela leur permet de communiquer aux patients ce qu'il est raisonnable d'attendre des traitements. En cas de maladie chronique émaillée par des rechutes, cet état de base peut être déterminé comme étant l'état dans lequel les patients présentaient le moins de symptômes. En entretien, le CCA fait généralement parler les patients de leur état antérieur pour dégager des éléments travaillables, comme dans l'exemple suivant :

CCA « qu'est-ce que vous aviez l'habitude de faire avant ? »

Patiente « ça fait longtemps que je ne vais régulièrement pas très bien. Je dois pas mal m'occuper de mon enfant chez moi. Mais je ne me sens pas pleinement super bien »

CCA « mais avant, vous avez déjà été super bien ? »

Patiente « non »

CCA « parce que les traitements de la dépression, ça permet un retour à un état antérieur, mais ça pourrait aussi permettre de le dépasser. Comment vous étiez ?

Patiente « c'était surtout de l'anxiété »

CCA « vous aviez fait une psychothérapie ? »

Patiente « oui, avec mon psychiatre, mais c'était léger »

CCA « c'est important » (Extrait du journal de terrain).

La détermination d'un état de base peut ainsi être difficile, en particulier lorsque la maladie évolue depuis longtemps. En outre, les psychiatres expriment parfois leurs peines à démêler ce qui est attribuable à la maladie ou à leur personnalité. Ils entreprennent alors d'identifier si les éléments à l'origine d'une souffrance pour les malades sont liés à leur personnalité ou s'ils sont des manifestations résiduelles de maladie, ou les signes avant-coureurs d'une maladie à venir. Cette différence organise le type d'interventions : la personnalité peut être changée par la psychothérapie, alors que les médicaments n'ont de chance de fonctionner que sur les symptômes de maladie. Les psychiatres communiquent rapidement à propos de ces limites afin de ne pas susciter de faux espoirs aux malades. Ils indiquent généralement aux malades leurs attentes — les faire retourner à leur état de base — et tentent de leur faire adopter la même perspective.

La description d'un retour à l'état de base est fréquemment invoquée pour expliquer aux patients que même s'ils ne se sentent pas toujours bien, ils ne font pas pour autant une rechute. Le fait de souligner un retour à l'état de base permet aux psychiatres de conduire les patients à effectuer un travail sur eux-mêmes. Dans l'exemple suivant, une patiente prise en charge à l'hôpital de jour considérait qu'elle rechutait de sa dépression. L'assistante spécialisée tente de la rassurer :

«Ce n'est pas une rechute. Pour moi, vous n'êtes plus déprimée. Regardez comment ça se passe à l'hôpital de jour, vous êtes très bien avec les autres, vous participez au groupe d'éducation thérapeutique, vous avez de très bonnes idées. Pour moi, là, ce qui se passe, c'est votre fonctionnement habituel. Votre problème c'est que vous fonctionnez en tout ou rien, vous voulez tout contrôler, dès que vous avez une expérience négative, vous avez l'impression que tout s'écroule. Quand on a une dépression, la vie s'arrête pour se soigner. Mais après il faut retourner dans la vraie vie. Là, il faut passer à l'étape suivante, mais c'est difficile. Je suis sûre que vous allez aller mieux » (extrait du journal de terrain).

2.1.3 Travailler l'accord des malades

L'accord des patients est indispensable pour mener à bien le travail de trajectoire. En cas de désaccord, ils peuvent demander leur sortie contre avis médical, fuguer du service ou ne pas rentrer de permission. Ils peuvent refuser certains traitements ou examens ou ne pas réussir à se maîtriser pendant ceux-ci, ou ne pas respecter les mesures visant à maximiser la sécurité, s'ils boivent ou mangent en secret avant une séance d'ECT par exemple. Plusieurs raisons peuvent être avancées par les patients : un inconfort, un voisin gênant, le sentiment que les thérapies sont inefficaces ou décevantes ou l'impression de ne pas être écouté ou compris, ou que les soignants n'honorent pas ce pour quoi ils avaient donné leur accord.

Au cours des visites, les psychiatres tentent de vérifier qu'ils conservent l'accord des malades. Les médecins s'en assurent généralement lors des entretiens de suivi. L'accord ou le désaccord peuvent porter : sur le fait d'être *hospitalisé* ou de le rester ; sur les *conditions d'hospitalisation* ; sur la prise d'un *traitement*, ponctuellement ou sur le long cours ; sur la quantité de médicaments à ingérer ou le nombre de séances de traitement à réaliser ; sur la *définition de la situation* ou de l'état actuel des patients ; sur l'*objectif* d'un traitement ou d'une hospitalisation ou sur l'*organisation de la sortie* et de la suite des soins après l'hospitalisation.

Ainsi, le chef de clinique dit à un patient « On vous sent mieux », le patient « je ne sais pas, je suis moins à fleur de peau, mais je suis plus déprimé ». Le CCA dit « l'amélioration ce n'est pas quelque chose de linéaire », et le patient répondit « mais je ne comprends pas votre terme d'aller mieux, c'est un mot agrégé, mais là ça ne rend pas bien compte de ce que je ressens ». Cependant, la plupart du temps, l'accord est implicite et n'est pas nécessairement recherché par les psychiatres. Généralement, les psychiatres considèrent que lorsque les patients donnent leur accord pour être hospitalisés, ils le donnent tacitement pour mener la majorité du travail de la trajectoire hospitalière. Mais les patients peuvent identifier que leur accord a trop rapidement été perçu comme acquis et s'y opposer.

Le désaccord est parfois ouvert : les patients peuvent refuser de prendre un médicament et le dire à l'infirmière ou au médecin. Ils se justifient parfois de façon transparente de ce refus, par exemple, en expliquant que le traitement leur procure de l'inconfort. Ils peuvent cependant être en désaccord avec les soignants et ne rien dire. Ils entament des actions qui peuvent rester cachées lorsqu'ils redoutent qu'elles soient considérées comme étant illégitimes, mal faites ou allant à l'encontre du travail de ce qui est fait pour eux à l'hôpital. Ainsi, une patiente dissimulait ses comprimés d'antidépresseur au lieu de les avaler. Un jour, elle les prit tous, d'un seul coup. Quelque temps après, elle dit qu'elle les dissimulait parce qu'elle pensait qu'il s'agissait d'un faux médicament et que les médecins faisaient des tests sur elle. Enfin, une action cachée peut devenir connue de l'équipe. Les patients peuvent se résoudre à en parler ou être conduits à le faire. Les soignants peuvent découvrir ces actions à l'insu des patients, lorsqu'ils retrouvent des stocks de comprimés par exemple. Parfois, ce sont les conséquences de ces actions qui permettent de les mettre à jour.

Pour faire réaliser des tâches aux patients, les psychiatres les informent et tentent de les convaincre. Ainsi lorsque les patients refusent des médicaments, les psychiatres leur exposent leur définition de la situation, leur expliquent pourquoi ils ont choisi telle option et livrent leurs projections. Ces discussions peuvent avoir lieu dans des temps informels : les infirmiers peuvent persuader les patients de prendre leurs médicaments devant leur chambre, leur parler au téléphone pour les encourager à rentrer de permission. Les médecins peuvent convoquer les patients avec ou sans leur famille pour les convaincre d'accepter un traitement ou même de rester à l'hôpital. C'est cependant pendant les entretiens de suivi que les psychiatres tentent de regagner l'accord des malades. Dans l'exemple suivant, un patient explique au CCA qu'il est à son état de base et que la psychiatrie ne peut plus rien pour lui. Le CCA lui expose de nouveau sa définition de la situation ainsi que ses projections : le traitement peut agir sur les symptômes

de dépression et non sur la personnalité. Il tente de faire de son pessimisme un objectif travaillable.

CCA « Mais vous êtes pessimiste depuis votre dépression ? »

Patient « non, depuis toujours. Le plaisir me fait souffrir, je ne suis que dans le négatif. »

CCA « le but c'est de vous aider à vous détacher des idées de catastrophe. On ne va pas changer votre caractère, mais vous apporter de l'apaisement. »

Patient « mes blessures sont trop profondes pour être guéries ». »

CCA « On ne va pas les enlever, mais vous aider à prendre de la distance. »

Patient « oui, vous prêchez pour votre paroisse. Je ne crois plus à la psychiatrie. »

Au contraire, les psychiatres peuvent indiquer aux patients qu'ils sont à leur état de base. C'est le cas lorsque les patients refusent de s'engager dans le travail de sortie parce qu'ils considèrent que leur état ne s'est pas amélioré. Ainsi, une patiente avait été déprimée pendant de nombreuses années. Quelques mois avant son hospitalisation, son état s'était brutalement amélioré après la prise d'un nouvel antidépresseur, mais de façon temporaire. À l'hôpital, elle indiqua aux médecins qu'elle ne s'était alors jamais sentie aussi bien. Bien qu'il n'en parla pas immédiatement à la patiente, le CCA estimait qu'elle avait fait un virage maniaque, une inversion pathologique de son humeur. L'hospitalisation dura plusieurs mois et, du fait de la persistance de symptômes dépressifs, l'équipe de psychiatrie n'arrivait pas à organiser la sortie. Le psychologue releva qu'elle avait toujours pour ambition de retrouver l'état dans lequel elle avait été après la prise d'antidépresseur. Le CCA aborda ce point en entretien avec elle et lui communiqua qu'elle était à son état de base et que ce qu'elle avait expérimenté avec ce traitement devait être considéré comme un état pathologique.

L'accord des patients peut également être renégocié. La négociation implique généralement une contrepartie qui conditionne l'accord. Celle-ci peut être proposée par les patients, parfois jugée comme étant illégitimes par les médecins. Ainsi, le CCA cherchait à engager un patient dans le travail pour organiser la sortie. Celui-ci lui rétorqua « je ne peux pas rentrer chez moi si j'ai autant de traitements à prendre ». Le CCA ne prit cependant pas en compte sa demande de diminuer le nombre de traitements et dit « si, vous allez sortir. Si ce sont les médicaments le problème, on fera passer une infirmière chez vous tous les jours ». La contrepartie peut être fixée par les psychiatres. Ainsi, dans l'exemple suivant, le PH de l'unité ouverte dit à une patiente qu'il n'organiserait pas sa sortie de l'hôpital, qu'elle demandait, si elle continuait de s'automutiler :

PH « Peut-être qu'il faudrait signer un contrat pour que vous arrêtiez de vous toucher la peau. »

Patiente « je ne suis pas prête à ça »

PH « alors vous n'êtes pas prêts de sortir. Je ne prendrai pas le risque cette fois. Il faut une collaboration. »

Patiente « c'est plus que difficile, parce que j'attendais une chose, c'était de rentrer chez moi pour pouvoir le faire »

PH « eh bien, vous ne sortirez pas »

Lorsque ces mesures ne sont pas suffisantes, les psychiatres peuvent utiliser un argument d'autorité : rappeler que telle décision a été prise par le chef de service, ou au cours d'une réunion entre médecins. Les psychiatres peuvent également recourir à la menace d'un transfert vers une autre unité (généralement l'unité fermée) voire dans un autre établissement avec une mesure d'hospitalisation sous contrainte.

Le degré de contrainte n'est pas le même selon que les soignants identifient un danger dans l'état des patients. Ils peuvent laisser plus ou moins de temps aux patients pour donner leur accord et leur laisser plus ou moins de latitude pour choisir une option plutôt qu'une autre. Ainsi, une patiente restait dans un état de dépression important malgré plusieurs traitements. Le chef de clinique envisageait deux options : laisser rentrer la patiente puis commencer une cure d'ECT ou la débiter immédiatement. En entretien, il lui dit « OK, la prochaine étape c'est la sismo. On le fera soit directement, soit après un break. Je vous laisse réfléchir. Il y a un bilan à faire, ça va prendre du temps, donc parlez-en à votre époux ». Cependant, dans les semaines qui suivirent, elle commença à ne plus s'alimenter et à ne plus sortir de sa chambre. Le CCA revint sur l'accord précédent et dit « On avait parlé d'une sortie, mais on ne va pas le faire pour ne pas risquer l'aggravation ou un suicide ». La patiente objecta « je ne peux plus, je n'ai plus de courage. Là, je veux retourner à Effexor et Seresta, point barre » et le CCA répondit « moins vous êtes bien, plus il faut attaquer. On avait parlé d'une sortie, mais là vous êtes vraiment moins bien ».

2.2 En synthèse : travailler des objectifs communs

Les réunions de synthèse sont le deuxième espace qui voit des discussions sur l'avancement de l'état des patients se tenir. En miroir de ce qui est traité en visite avec les malades, les membres de l'équipe abordent : l'évolution des malades, ce qu'ils pensent être leur état de base ainsi que leur degré d'engagement dans le travail de trajectoire.

2.2.1 Suivre collectivement l'évolution des patients

Les synthèses sont un moment pendant lequel les soignants rapportent leurs évaluations relatives à l'évolution de l'état des patients. Lors de l'ouverture de la présentation, l'interne ou un soignant peut faire un commentaire général sur l'évolution globale. Les personnes peuvent également nuancer ce que d'autres affirment ou demander des précisions. Le CCA questionna l'interne : « il va mieux (insistant) mieux, ou juste mieux ? » et l'interne répondit « non, on va dire qu'il va moins mal ! Il change de vêtements plus souvent, il a moins de ruminations, il parle avec d'autres patients ».

Les synthèses sont également des moments au cours desquels les soignants déterminent ce qui cause l'état des patients. Ce sont généralement le CCA ou les PH qui livrent ces interprétations, mais les autres peuvent aussi donner leur avis. C'est particulièrement le cas lorsque les patients rapportent les effets indésirables des traitements. Si ces effets indésirables paraissent excessifs aux membres de l'équipe, ils considèrent que c'est leur personnalité qui les conduit à les ressentir avec tant d'intensité. À propos d'un patient qui en décrivait beaucoup, le CCA dit « il est très précis, il s'observe beaucoup, du coup au moindre souci, il panique ». Les effets indésirables peuvent également être attribués à d'autres causes que les traitements, comme la persistance de la maladie. Dans l'exemple suivant, une patiente de l'hôpital de jour déplorait avoir perdu ses souvenirs depuis 10 ans à la suite d'une cure d'ECT. La PH, qui trouvait qu'il était peu probable de perdre autant de souvenirs, dit « elle a probablement des troubles de mémoire, mais qu'elle surgénéralise parce qu'elle est encore déprimée ».

2.2.2 Fixer un état de base, faire des projections

Les synthèses sont également un temps d'élaboration sur ce que peut être l'état de base des patients, leur état antérieur, mais aussi de projections quant à de futurs états possibles. Si la recherche de l'état de base fait partie de l'évaluation de routine des psychiatres, ceux-ci entreprennent de le caractériser précisément lorsque les patients gardent des manifestations de maladie malgré de nombreux traitements. C'est généralement sur ces évaluations que le chef de clinique règle la conduite des interventions qui doivent être menées : arrêter ou continuer de prescrire des traitements de plus en plus efficaces ou commencer à mener d'autres types d'actions non médicamenteuses. Avec la détermination de l'état de base, les psychiatres décident de certaines actions. Ils cherchent à savoir si les manifestations pathologiques qu'ils

soulèvent font partie de la personnalité des malades ou relèvent d'une maladie traitable par des interventions médicamenteuses.

Ainsi, la détermination de l'état antérieur et de l'état de base des patients peut provenir de plusieurs sources : des patients, de leurs proches, d'autres médecins les ayant suivis, mais aussi des membres du service lorsque les patients sont connus depuis longtemps. Enfin, certains aspects de l'état de base peuvent rester incertains, et ces zones d'incertitudes être soulignées en synthèse. Le CCA dit d'un patient pour lequel il avait du mal à déterminer son état de base : « Il a un petit niveau intellectuel et un trouble dépressif récurrent avec une dépression depuis 2 ou 3 ans qui entraînent des biais cognitifs. Il est mieux qu'avant. Il a acheté une voiture, c'est un évènement. Là, il persiste de gros troubles de la motivation. Il est moins ralenti qu'avant, mais il a une vraie aboulie et l'anhédonie. En fait, on ne sait pas s'il a déjà été capable de ressentir du plaisir et s'il faisait tant de choses que ça ». Dans ces situations, le CCA demande aux autres soignants, et notamment au psychologue, de mener de nouvelles évaluations permettant d'explorer plus précisément cet état antérieur.

Le fait que les patients ne soient pas à leur état de base est mentionné en synthèse dans plusieurs situations. Tout d'abord, les psychiatres justifient ainsi la prescription d'un nouveau traitement potentiellement plus risqué. Par exemple, après un essai d'Anafranil peu concluant, le CCA prit la décision d'initier une cure d'ECT. Il dit en synthèse « il faut se souvenir de comment il était avant, il était jovial, il riait, là on en est loin. On va commencer les sismos ». Ensuite, dire que le patient n'est pas à son état de base le dispense de la responsabilité de ses actes. Ainsi, une patiente faisait des crises d'angoisse très exubérantes, que certains professionnels qualifiaient d'hystérique. Le CCA dit en synthèse « Elle n'était pas comme ça dans son fonctionnement prémorbide. Elle était plutôt discrète sur ses souffrances ». Enfin, en énonçant qu'ils ne sont pas à leur état de base, les psychiatres définissent des objectifs qu'ils peuvent communiquer aux patients, mais aussi à l'équipe. Ils donnent alors les critères selon lesquels il sera possible de considérer la maladie guérie. Ceux-ci peuvent être révisés, mais en attendant, soignants et patients prennent une direction commune. Par ailleurs, cet objectif peut être très flou, pourvu qu'il permette d'engager les patients dans le travail de trajectoire. Le CCA dit ainsi d'un patient à qui l'interne demandait « Pour lui, on attend quel état ? », le CCA « plus de motivation, qu'il initie des choses, quand il initiera... il sort. Le but, c'est qu'il soit pris en charge en HDJ et au CMP ». L'état visé est énoncé avec un ensemble d'actions projetées et qui contribuent à rendre le cas travaillable sur le long cours.

Au contraire, lorsqu'ils considèrent que les patients sont à leur état de base, ils entendent généralement que la maladie est guérie. Cela signifie alors qu'il n'est pas nécessaire de changer

de traitement pour un plus efficace. Le plus souvent, cela équivaut également à la fin des soins à l'hôpital. Ainsi, l'infirmière dit d'une patiente qui venait d'être traitée par une cure d'ECT « [le mari] est super content, il dit qu'il la retrouve enfin. Et elle aussi reconnaît enfin qu'elle va mieux ». Lorsque certains comportements, qui étaient compris jusqu'à présent comme des manifestations de maladie, sont décrits comme faisant partie de l'état de base, cela signifie pour les soignants que les traitements n'y pourront rien. À propos d'une patiente qui se montrait peu encline à adapter son style de vie comme suggéré par le CCA, il dit « Bon j'ai eu son fils, il y a des éléments de personnalité, de l'anxiété de performance, un grand souci du paraître et finalement seule, elle n'a jamais été bien ». La persistance de difficultés à l'état de base indique aux psychiatres que les malades doivent s'engager dans une psychothérapie.

La définition de l'état de base ne détermine pas de façon unilatérale la poursuite ou non des traitements. À l'inverse, dans les situations d'épuisement des réserves thérapeutiques, les psychiatres peuvent revoir leur définition de l'état de base. Ainsi, un patient avait reçu la plupart des techniques thérapeutiques existantes. Avant de prescrire un nouveau traitement antidépresseur, le Parnate, un IMAO de dernier recours, le CCA dit après la courte présentation de l'interne « Bon, il faut situer les gens pour se faire une idée de comment ils sont. Lui, il bossait, il aimait la moto, mais il était assez isolé. Il a fait un épisode dépressif avec des idées d'incurabilité, il ne sortait plus, il ne nettoyait plus son appartement. Il est un peu mieux, mais il n'a pas encore tout récupéré ». Cependant, après plusieurs mois dans le service, et des résultats décevants, il revint sur sa définition de son état de base.

Interne « il y a une légère amélioration, il a eu des permissions, il a ramené des disques de Phil Collins (ça fait rire tout le monde) ».

Infirmière « oui, enfin, il reste dans le noir à écouter sa musique. Il évalue son moral à 5, mais je pense qu'on ne va pas pouvoir faire mieux. Il ne fait rien ».

Interne « il n'a envie de rien faire d'autre. »

Infirmière « je pense que c'est dans son caractère ».

CCA « oui, avant, je l'imagine bien faire sa moto et c'est tout ».

Infirmière « vous le trouvez mieux ? »

Interne « il est plus dans le contact ».

Infirmière « c'est vrai, mais c'est mou tout ça ! Il est passif, je ne sais pas à quoi il pense. »

En considérant que les patients sont à leur état de base, les psychiatres aménagent la possibilité de continuer à travailler sur le cas à long terme autrement que par la prescription de nouveaux traitements.

Dans certains cas, les psychiatres projettent que les patients ne retrouveront jamais leur état antérieur et qu'ils devront se faire à leur nouvel état de base. C'est le cas lorsqu'ils sont atteints de maladies évolutives comme les démences ou d'autres maladies dégénératives. C'est aussi le cas s'ils ont été malades longtemps et que l'avancée en âge fait anticiper aux médecins qu'ils ne récupéreront pas leur état antérieur. Le CCA dit d'une patiente âgée « la dépression l'a amoindrie et elle ne va pas retrouver l'énergie qu'elle avait il y a dix ans ». Dans certaines situations de maladie psychiatriques, les psychiatres peuvent également exprimer leur résignation quant au fait que l'état des patients ne s'améliorera probablement pas à la hauteur de leurs espérances initiales. Le CCA dit ainsi d'une patiente « je pense qu'il va aussi falloir qu'elle accepte qu'elle a une pathologie lourde et qu'elle ne sera plus jamais comme avant ». Ce type de discours est surtout tenu lorsque les patients reçoivent un diagnostic de schizophrénie. En réalité avec la dépression, les psychiatres semblent ne jamais tout à fait se résoudre à l'impossibilité d'un retour à l'état antérieur, à moins de trouver une autre explication que la dépression.

2.2.3 Préparer l'accord des patients

Lors des synthèses, les membres de l'équipe rapportent le travail mené pour obtenir l'accord des patients : les désaccords exprimés ou anticipés, les tâches conduites pour obtenir un accord, les effets de celles-ci, et leur interprétation sur l'origine de ce désaccord. Ces évaluations peuvent être sollicitées à la demande du CCA le plus souvent, ou être spontanées. Les soignants décrivent ainsi ce sur quoi les patients ne sont pas d'accord, le caractère ouvert ou fermé du désaccord, la solidité de l'accord obtenu. Les soignants peuvent mentionner le refus des patients de prendre un médicament ou de se rendre en séance de traitement, qu'ils ne se conforment pas au comportement qui est attendu d'eux, rapporter le désaccord sur la définition de la situation. Ils peuvent également évoquer un accord fragile ou anticiper un désaccord.

Les désaccords apportés par les patients peuvent conduire les soignants à exprimer leurs désaccords entre eux. Dans l'exemple suivant, le psychologue rapporte que le patient n'est pas d'accord avec l'évaluation que le CCA fait de l'amélioration et donc avec l'organisation de la sortie. Le psychologue partage ce désaccord, ce qui donne lieu à un débat entre les soignants.

Psychologue « moi je l'ai vu perplexe par rapport à sa sortie. Lui dit qu'il est venu pour de la Kéta, mais que ça ne marche pas et que maintenant il rentre chez lui. Il se dit qu'on n'a pas de plan B ».

CCA « non, il rentre chez lui avec le changement de traitement ».

Infirmière « c'est vrai qu'il n'est pas changé ».

Assistante sociale « voire moins bien ».

Infirmière « oui, au début il avait une espèce d'agitation anxieuse. Je pense qu'on lui a trop bien vendu la Kéta. »

CCA « il est arrivé ralenti, il restait allongé en pyjama ».

Psychologue « là-dessus, il n'y a pas vraiment d'évolution. Je ne le trouve pas si déprimé parce qu'il a toujours ce sourire, mais c'est défensif. Lui dit qu'il est toujours dans le même état. »

CCA « non, il n'est pas dans le même état parce qu'il a une espèce de tension interne ».

Psychologue (avec ironie) « ah oui, super ! C'est pire donc ! »

CCA « c'est différent. Avant, il avait un manque d'envie, il ne se sentait pas à sa place. Là, il a un projet professionnel, il veut retourner dans sa famille. Il a un projet de psychothérapie. Il sort si le traitement est bien supporté et on attend quand même de voir les débuts d'efficacité. Mais parce qu'il n'y a plus d'indications d'hospitalisation. Mais il ne faut pas qu'on se trompe (regardant l'infirmière et le psychologue) moi je ne le connais pas très bien, il faut que vous me disiez ».

Dans les moments où les soignants sont en désaccord sur la définition de la situation, le débat peut ainsi prendre l'allure d'une prise de partie pour ou contre l'évaluation du patient. Le médecin qui guide la discussion peut alors camper sur ses positions ou les revoir, en se laissant du temps, ou, comme dans l'exemple précédent, en choisissant de prendre en compte l'évaluation des autres soignants.

Les soignants rendent également compte du travail entrepris pour obtenir l'accord des patients. Ils rapportent alors les informations données et les démarches entreprises pour les persuader d'adopter leur définition de la situation. Ils décrivent leurs tentatives de modérer leurs attentes à l'égard des traitements. Le CCA dit ainsi d'une patiente qui voulait arrêter sa cure d'ECT qu'elle était trop impatiente « elle attend un bénéfice immédiat même si on lui dit qu'on ne peut l'envisager que sur le long terme. On lui a dit que le début des traitements c'était long, que ça mettait du temps à agir ». Ils peuvent également rendre compte la nécessité d'employer la contrainte. Le CCA voyant que l'état d'une patiente se dégradait dit à l'ensemble de l'équipe « là il faut qu'on lui rentre dedans, il faut qu'on la force à faire des choses avec autorité ».

L'avancée dans un cycle n'a donc rien de naturel. Le plus souvent les psychiatres s'efforcent de voir les améliorations dans l'état des patients, et tentent de convaincre tant leurs collègues que les patients et leur famille. Loin d'être une simple constatation, la définition de l'amélioration résulte de la décision que l'état des patients évolue positivement ou négativement. Lorsque l'idée qu'ils vont mieux s'impose durablement auprès des soignants et des patients eux-mêmes, les psychiatres organisent la sortie, comme je l'expose ci-après.

3. Organiser la sortie

La sortie constitue le point final d'une hospitalisation. Elle est organisée lorsque les problèmes constatés à l'arrivée ont été, au moins partiellement, résolus. La sortie peut être contrainte et présenter certains risques, en particulier celui de voir l'état des patients se dégrader à nouveau. Les psychiatres se trouvent donc face à un dilemme : laisser sortir les patients et prendre le risque que leur état se détériore ou les garder à l'hôpital pour pouvoir surveiller leur état. L'organisation de la sortie peut être vue comme un pari, celui que tout ira bien après la sortie. Les risques liés à ce pari sont répartis entre plusieurs personnes à qui les psychiatres accordent leur confiance : les malades, leur famille, le reste de l'équipe, le psychiatre adresseur et les autres professionnels extrahospitaliers. Ces derniers, avec les familles, sont chargés de veiller à ce que tout se passe bien à l'extérieur. Les malades, quant-à-eux, sont incités à adopter des conduites sur lesquelles les psychiatres n'auront plus de prise ensuite et qui sont pourtant décisives pour le maintien de l'amélioration. L'ensemble de ces éléments font l'objet d'évaluations, notamment morales, qui sont discutées en synthèse et lors des entretiens avec les patients. Dans cette section, je montre comment l'organisation des tâches conduisant vers la sortie se branche sur le travail hospitalier et façonne les trajectoires extrahospitalières.

3.1 Préparer la sortie

La sortie est un moment unique dans les trajectoires de maladie à l'hôpital. Sa date exacte peut être reculée plusieurs fois, avancée, être décidée sans le plein accord des patients ou des soignants. Quoiqu'il en soit, le processus doit être préparé.

3.1.1 Juger que la situation est sous contrôle

La sortie est généralement organisée quand les psychiatres jugent que la situation est de nouveau sous contrôle. En cela, on peut en faire une description symétrique de celles qui conduisent des psychiatres extérieurs à adresser les patients à l'hôpital. Ainsi, lorsqu'une situation était en crise, la sortie est décidée s'il semble que la vie des patients n'est plus en danger : qu'ils n'expriment plus d'idées de suicide, que l'anxiété est moindre, que leur vie n'est plus menacée par une maladie physique. La situation est revenue à un état antérieur qui soit gérable en dehors de l'hôpital. La sortie est alors organisée à condition que les psychiatres considèrent qu'ils ont trouvé des solutions pour éviter la rechute précoce. De telles stratégies incluent l'introduction d'un traitement de fond, des explications aux malades visant à éviter les surdosages médicamenteux ou l'ajustement des réactions familiales susceptibles de faire dégénérer les choses. Les chances que ces solutions fonctionnent ne peuvent être que projetées par les psychiatres qui ont peu de garanties de leur efficacité future au moment de prononcer la sortie. Lorsque la situation était immobile, celle-ci est décidée quand l'état des patients s'améliore, qu'un aspect de leur comportement a été modifié, ou qu'un élément de leur vie a pu être aménagé. En un mot, les patients peuvent sortir de l'hôpital lorsque les psychiatres jugent que la situation de maladie est de nouveau travaillable à l'extérieur de l'hôpital.

Les raisons invoquées pour expliquer pourquoi la situation échappait à leur contrôle comptent également dans la décision d'organiser la sortie. Pour une maladie insuffisamment comprise, on la prévoit lorsque tous les examens complémentaires nécessaires pour éliminer une pathologie non psychiatrique ont été réalisés, qu'un diagnostic permettant de comprendre l'essentiel des manifestations présentes et passées rapportées par les patients peut être formulé. Elle peut cependant être décidée en dépit d'un diagnostic qui reste en suspens. Les psychiatres s'assurent généralement que la situation est néanmoins stabilisée, transmettent au psychiatre adresseur qu'il faudra surveiller l'évolution de leur état. Ils proposent également de reprendre les patients ultérieurement pour réévaluer les choses. Lorsque le traitement n'était pas jugé suffisant, les patients peuvent sortir si un traitement efficace ou ayant de bonnes chances de l'être, et produisant peu d'effets négatifs a été commencé. Quand le psychiatre adresseur demandait la réalisation d'une thérapie spécifique, comme une cure d'ECT ou l'introduction d'IMAO ou de lithium, les patients peuvent rentrer chez eux une fois ces tâches accomplies, même si leur état n'est pas sensiblement amélioré. Ils peuvent également partir si les effets d'un traitement ne sont pas attendus avant plusieurs mois et que leur état n'est pas incompatible avec un retour à domicile.

3.1.2 Parler de la sortie

La sortie fait l'objet d'une intense préparation. Dès le début de l'hospitalisation, les psychiatres l'anticipent et projettent des séquences de tâches qu'il faudra réaliser avant la sortie. Ils peuvent cependant rencontrer des difficultés à faire de telles projections et celles-ci peuvent être révisées en cas de survenue de contingences. Dans les situations routinières, cette perspective peut rester implicite : on introduit un traitement puis, après quelques permissions, on fait sortir les patients. Lorsque les hospitalisations durent longtemps, avec des trajectoires marquées par de nombreuses contingences, les soignants décrivent de façon explicite leur travail pour organiser la sortie.

Le processus de sortie est généralement enclenché en synthèse, moment au cours duquel il est discuté. C'est souvent le CCA qui prend la décision de faire sortir les patients. Celle-ci est amenée après avoir décrit l'ensemble des tâches accomplies pendant une hospitalisation : la meilleure compréhension du cas, l'amélioration de l'état des patients, la réalisation des traitements sollicités par le psychiatre adresseur, l'élaboration d'un projet de vie... Les autres soignants peuvent également demander au CCA quand il prévoit de faire sortir un patient : s'ils le trouvent suffisamment amélioré ou s'il est trop pénible au quotidien. Le CCA et les autres soignants peuvent rapporter le souhait d'un patient de sortir ou au contraire ses réticences. Ils discutent alors de l'à-propos de cette demande et la confrontent avec leurs propres projections. Il peut exister des divergences de point de vue entre psychiatres, avec les autres soignants, avec les patients et leur famille. Ces divergences font l'objet de débat en synthèse, comme j'ai pu le montrer dans des exemples dans des sections plus haut.

Lors des synthèses, les soignants fixent une échéance plus ou moins précise pour organiser la sortie de l'hôpital. La date exacte, ou la semaine de la sortie est généralement inscrite sur les tableaux Velléda à côté des dates d'examen. Cependant, le processus de sortie peut être enclenché sans que le CCA ne fixe de date précise. Il peut décider de conditionner la sortie par le bon déroulement de plusieurs permissions en dehors du service, ou par la tenue d'un entretien avec la famille. Il peut aussi n'indiquer qu'un ordre d'idée, par exemple « on fera la sortie d'ici deux semaines ».

3.1.3 Faire avec des contraintes, prendre des risques

La sortie est soumise à un ensemble de contraintes qui peuvent la précipiter ou la ralentir. Elle peut ainsi être adaptée pour des questions d'organisation pratique. Elle est parfois

fixée après des examens complémentaires indispensables, après un entretien avec la famille ou un rendez-vous auprès de l'équipe qui assurera le suivi. La date est précisée quelques jours à l'avance, selon la charge de travail dans le service. Aussi, le CCA ne fait pas sortir trop de patients en même temps pour éviter de surcharger les internes et les infirmières avec des sorties et autant d'entrées à assurer. Les patients expriment souvent leur souhait concernant le jour exact pour pouvoir s'organiser au travail et avec leur famille.

Ceux-ci peuvent insister pour sortir plus vite ou, au contraire, s'y refuser. Dans le premier cas, si les psychiatres ne peuvent expliquer cette demande comme étant le signe d'une maladie psychiatrique, ils ne peuvent les obliger à rester s'ils ne se laissent pas persuader. Dans les cas extrêmes, lorsqu'ils refusent de sortir, les psychiatres peuvent les y contraindre en appelant le service de sécurité, mais généralement, ils trouvent un terrain d'entente. Le CCA peut également être contraint d'organiser des sorties du service lorsqu'il est nécessaire de libérer des lits d'hospitalisation pour de nouvelles entrées. Les cadres de santé interpellent parfois le CCA pour savoir quels patients peuvent sortir, voire solliciter la sortie d'un malade présent depuis longtemps. Au contraire, il peut être bloqué s'ils ne peuvent rentrer chez eux et qu'il est nécessaire de trouver un hébergement.

Ce sont des contraintes dans la mesure où la sortie est un évènement risqué. Les soignants redoutent que l'état des malades se dégrade rapidement après la sortie, ou qu'ils tentent de se suicider. Le risque de détérioration à la sortie est d'autant plus grand que les patients ont expérimenté plusieurs épisodes de maladie. Le CCA dit ainsi en synthèse, comme un avertissement collectif, d'une patiente qui était traitée par ECT « elle a rechuté plusieurs fois, le risque de rechute est là ». Ils redoutent également que les médicaments produisent des effets indésirables potentiellement graves ou que les patients se trompent en les prenant ou ne les prennent pas du tout. Enfin, les psychiatres peuvent craindre que la situation revienne à son point initial, si les patients restent de nouveau enfermés chez eux par exemple, leur donnant la sensation que le travail déployé n'ait servi à rien. Les psychiatres peuvent aussi craindre pour leur réputation, au sein du service et à l'extérieur, s'ils laissent sortir un malade trop tôt. Pour limiter ces risques, les psychiatres mettent à l'épreuve les malades, organisent des relais à l'extérieur et tentent de les faire changer.

3.2 Mettre les malades à l'épreuve : stimulations et permissions

Les psychiatres mettent ainsi les patients à l'épreuve et évaluent leur capacité à vivre en dehors de l'hôpital. Ils basent ces évaluations sur deux sources d'information : le comportement

des patients dans le service, et chez eux, en permission. Ces tâches que seuls les malades peuvent mener à bien peuvent rester implicites lorsqu'ils les réalisent d'eux-mêmes. Au contraire, s'ils ne font rien, les soignants leur indiquent de se plier à ces règles.

3.2.1 Évaluer et articuler les stimulations et les permissions en synthèse

En synthèse, les soignants peuvent ainsi décrire l'état de « stimulation » dans lequel sont les patients. Le psychologue dit d'un patient « globalement, s'il n'est pas stimulé, il ne fait rien » et l'infirmière « quand il a des visites, il fait d'autres choses, mais seul, il reste dans son lit ». Les soignants observent aussi leurs capacités à prendre des initiatives et à organiser leur vie. Ainsi, une infirmière dit d'un patient « monsieur L., qui va mieux, il a demandé une permission pour aller ranger chez lui ». Les stimulations peuvent être sollicitées par le CCA en synthèse. Au cours de l'une d'elles, il dit d'une patiente « on a assez d'alliance pour lui rentrer dedans et lui imposer d'être stimulée et de lui exposer qu'elle a une vraie responsabilité pour se sortir de la maladie ».

Les malades sont également évalués quant à leur capacité à vivre chez eux. Pour cela, on leur accorde des permissions. Ils les réclament aux infirmières qui cherchent à leur tour la validation de l'interne. Elles sont autorisées très rapidement après la mise en place d'un traitement, à moins que les patients risquent encore de se mettre en danger. Lorsqu'ils n'en prennent pas spontanément, les soignants les invitent à le faire. Le CCA pousse souvent les infirmières, le psychologue et les internes à les y inciter. À leur retour, infirmières et internes questionnent les patients et leur famille sur le déroulement de la permission. Ils en parlent alors en synthèse. Lorsque les proches corroborent la description des patients, les soignants ont plus d'éléments pour s'assurer que la sortie se passera bien. Ainsi le psychologue dit « oui et le mari a dit qu'elle était plus active, elle fait de la cuisine, donc je pense que ça va beaucoup mieux ».

Les synthèses permettent également d'ajuster l'intensité des stimulations en même temps que le degré de liberté qui peut être laissé aux patients en fonction de leur état. En effet, pour fonctionner, cette exposition progressive à la vie réelle doit susciter assez d'inconfort pour qu'ils ne préfèrent pas rester à l'hôpital, mais pas au point de faire monter l'anxiété de façon démesurée. Ainsi, lorsque les patients veulent faire trop de choses trop vite, les psychiatres redoutent qu'ils se confrontent trop rapidement à leurs difficultés sans y parvenir, en tirant un sentiment d'échec. Une infirmière rapporta qu'une patiente voulait reprendre le travail à la sortie de l'hôpital en disant « moi j'ai peur qu'elle aille trop vite », le CCA « oui, elle est encore

fragile. Il faut lui expliquer qu'elle est encore en convalescence, que les soins continuent et qu'il faut qu'elle se protège ».

3.2.2 Solliciter l'engagement des patients dans le processus de sortie

La sortie est abordée en entretien avec les patients principalement lors des visites du CCA. S'ils peuvent en avoir parlé à l'interne auparavant, c'est le CCA qui prend la décision. Les malades demandent parfois par eux-mêmes son organisation. Le CCA peut alors accueillir favorablement la demande et exposer les étapes à suivre. Un patient demanda « est-ce qu'on peut parler d'une date de sortie ? », le CCA le questionna en retour « est-ce qu'on peut parler d'une date de sortie ? », le patient « oui » puis le CCA « d'accord, mais avant on va voir pour augmenter le Nardil que vous voyiez [le chef de service] et contrôler la lithiémie ». Parfois, le CCA se montre beaucoup plus prudent pour l'organiser sur sollicitation des patients. Ainsi, un patient demanda « Et pour ma sortie, comment on s'organise ? » ce à quoi le CCA lui répondit « on voit d'abord comment vous allez ? Vous savez, il faut faire attention, la dernière fois vous nous aviez dit que tout allait bien alors que non ». Lorsque les patients ne réclament pas leur sortie, c'est le CCA qui peut amener la discussion sur le sujet. Généralement, il le fait après avoir conduit les patients à décrire l'amélioration de leur état, quitte à résumer un bilan mitigé en mettant l'accent sur les aspects positifs. Il peut ainsi aborder frontalement la question par un « il va falloir commencer à penser à organiser la sortie ». Cependant, lorsque les psychiatres souhaitent que la demande de sortie vienne des patients, ils peuvent leur faire des demandes plus vagues comme « comment vous voyez la suite des soins ? ». Ces questions ne sont pas tant une manière de s'ajuster aux attentes des malades que de les informer qu'il est attendu d'eux qu'ils se projettent à l'extérieur.

Les entretiens sont également les moments au cours desquels les patients demandent ou sont invités à faire plus de choses dans le service ou en permission. De même que pour la sortie, plus généralement, les psychiatres incitent les malades à prendre une part plus active aux soins. Le CCA dit à une patiente « Qu'est-ce que vous avez fait pour vos soins jusqu'à présent ? » la patiente, d'une voix inaudible « rien », le CCA « eh bien, c'est le moment ». Les psychiatres peuvent leur indiquer ce qu'ils doivent faire dans le service. Ainsi, le CCA dit à une patiente « on va mettre en place de la relaxation, de la marche accompagnée dans le parc, essayer de vous faire participer à des jeux pour vous faire sortir de vos ruminations ». Il peut également parler des permissions : « On va faire plein de permissions et des hospitalisations séquentielles. Ici, vous êtes en sécurité. Mais il faut négocier avec vous-même ». Les patients peuvent

demander eux-mêmes à avoir des permissions. Parfois, le CCA les encourage, mais aussi les avertit de la nécessité de ne pas aller trop vite. Il leur indique alors comment doivent se passer ces permissions. Il dit ainsi à une patiente qui demandait à dormir chez elle : « il faut y aller progressivement. Il n'y a pas de problème pour sortir en journée, il faut que ce soit calme et qu'à 22 heures vous soyez revenue ici. Là ce que vous avez en tête, c'est l'avenir, mais il faut y aller progressivement, et puis vous me dites que vous vous sentez bizarre ». Le CCA peut aussi refuser une permission, d'autant que le programme de celle-ci lui semble inadapté au regard de l'état des patients. Lorsqu'ils ne se plient pas au bon rythme de réexposition avec l'extérieur, les psychiatres leur présentent qu'ils prennent le risque que leur état se détériore de nouveau. Ces désaccords portent souvent sur l'état qui est projeté au long cours et les moyens d'y parvenir.

3.3 Organiser le relai à l'extérieur

Les psychiatres organisent également un ensemble de relais à l'extérieur de l'hôpital qui ont pour but de limiter le risque de rechute, ou en tout cas ses conséquences. Tout d'abord, ils programment le suivi. Lorsque les patients sont adressés par un psychiatre libéral qui les suit, ils leur sont renvoyés, à moins qu'un des deux ne souhaite arrêter le suivi. Si les malades n'ont pas encore de suivi à l'extérieur, le service les adresse soit vers des psychiatres libéraux soit vers leur centre médico-psychologique (CMP), s'ils ont moins de moyens ou si leur pathologie nécessite une prise en charge par une équipe de secteur. Les patients peuvent aussi, à la place ou en complément, être adressés à des psychologues pour mener une psychothérapie. Le type de psychothérapie peut être discuté en synthèse. Quand la maladie a duré longtemps et que le risque de rechute est trop important, les psychiatres du service programment une hospitalisation de contrôle ou des hospitalisations dites séquentielles.

Les patients peuvent aussi être adressés à des équipes d'hospitalisation à domicile, qui pour la plupart dépendent des secteurs. Mais le plus souvent, lorsque les psychiatres redoutent que l'état des patients soit instable, ils les adressent à un hôpital de jour. Il peut s'agir de celui du service, mais aussi l'un de ceux dépendants du secteur, ou encore associatifs, qui ont généralement une spécificité⁵¹⁸. Enfin, les psychiatres peuvent entrer en contact avec des structures médico-sociales de services d'accompagnement à domicile, comme les Services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SESSAD) ou les Services

⁵¹⁸ L'un d'eux ne prend que des patients bipolaires, un autre se concentre sur le retour au travail

d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). Beaucoup plus rarement, les patients sont adressés vers des structures de soins à plein temps. Ainsi, les personnes âgées peuvent être envoyées en maison de retraite, si elles n'y étaient pas déjà ; les jeunes adultes peuvent l'être en clinique de soin-étude ; les rares patients atteints de schizophrénie peuvent enfin l'être en centre d'hébergement thérapeutique.

L'assistante sociale est une des actrices clefs dans le travail de sortie. Elle garantit généralement que les patients aient accès aux prestations sociales auxquelles ils ont droit. Elle vérifie ainsi que les patients éligibles à une prise en charge à 100 % le soient, que ceux-ci perçoivent bien leurs indemnités journalières de l'assurance maladie, l'allocation adulte handicapé (AAH) ou la complémentaire santé solidaire. Elle peut également initier des demandes de revenu de solidarité active (RSA), d'allocation au logement, de fonds de solidarité logement (en cas de loyer impayé), de dossier de surendettement. Elle envoie des demandes d'hébergement et de prise en charge au long cours (comme les foyers d'accueil médicalisé [FAM] ou les lits d'accueil médicalisé [LAM]), ou de services d'accompagnements (comme un SAMSAH ou un SAVS). Certaines de ces structures et aides nécessitent la rédaction d'un certificat médical pour constituer un dossier à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Ainsi, lorsqu'elle pense à une orientation particulière, elle en parle d'abord aux médecins avant de l'exposer aux patients. Elle aide, ensuite, les patients à remplir les dossiers administratifs.

Les psychiatres demandent également aux autres soignants d'informer les patients sur les médicaments qu'ils prennent et de leur importance. Le CCA peut alors s'appuyer sur les infirmières et leur demander « expliquez-lui à chaque fois que vous lui donnez son traitement ce qu'est chaque comprimé ». Ceci s'applique aussi aux différents suivis, les soignants peuvent ainsi être conduits à expliquer l'importance pour les patients de se rendre à un suivi, ou une psychothérapie.

Un autre relai est sollicité, les proches des patients. Ceux-ci sont généralement reçus en entretien. Ils sont chargés de veiller sur leur proche, de les rassurer, mais éviter de se mettre exclusivement dans la position de soignant. Lors de la synthèse, les soignants décrivent l'attitude des proches. Le CCA dit du mari d'une patiente « on a fait un entretien avec le mari hier. C'était un peu dur parce que lui est très inquiet d'une récurrence de TS. Il n'est pas rassurant et pas étayant et il n'est pas adapté, il m'a envoyé un mail, il m'a dit "on est allés au marché, pour gagner du temps je lui ai dit d'aller dans une autre allée et elle a réussi à acheter de la salade, c'était une astuce pour la tester". Non, mais je vais dire au mari qu'il ne faut pas qu'elle soit dans la performance, qu'on est encore dans une période de soins actifs ». Lors de l'entretien

familial quelques jours après, il lui dit ainsi « Vous, il va falloir la rassurer. Un traitement antidépresseur va venir remplacer la sismo. On va faire des permissions pour qu'elle reprenne une place chez vous ».

Les psychiatres communiquent enfin aux patients la façon dont ils doivent se saisir de ces relais. Les psychiatres échangent avec eux des suivis à mettre en place. S'ils en ont déjà un, les psychiatres peuvent leur demander ce qu'ils en pensent et s'ils veulent continuer. Le CCA demanda à un patient ce qu'il pensait de son hôpital de jour, il répondit « oui, ça correspond bien à ma situation. Ils vont me socialiser ». Ils peuvent aussi devoir les convaincre de se rendre à leur suivi. Dans l'exemple suivant, un patient est revenu à l'hôpital et il ne s'est pas rendu à l'hôpital de jour près de chez lui, comme il était convenu.

Patient « Je n'ai rien envie de faire, je n'ai pas envie de jouer à des jeux de société, de répondre à une série de questions »

Interne « mais c'est aussi reprendre de l'autonomie »

Patient « j'ai déjà ma propre autonomie »

Interne « ça fait longtemps que vous êtes hospitalisé, avant, vous aviez votre moto, vous faisiez des courses, il faudrait que vous repreniez vos habitudes »

Patient « d'accord, mais sans aller à l'HDJ. Ce qui ne marche pas, c'est votre traitement. »

Interne « on l'a changé, maintenant, vous êtes à 3 comprimés. Mais aussi de votre côté, il faudrait travailler l'autonomie à l'HDJ. »

Patient « je n'irai pas, ce n'est pas la peine d'insister. »

Les psychiatres expliquent également plusieurs fois la composition du traitement des patients. Lorsqu'ils suspectent qu'ils ne les prendront pas, ils peuvent organiser le passage d'une infirmière à domicile, ou demander à la famille de veiller à ce qu'ils les prennent. Régulièrement, le CCA fait répéter aux patients la liste de leurs traitements, ainsi que ce à quoi ils servent.

3.4 Changer les malades

Le dernier moyen utilisé par les psychiatres pour limiter le risque de rechute est de faire changer les patients : changer leur rapport à eux-mêmes et à leur maladie. Si ce travail est mené tout au long de l'hospitalisation, il devient particulièrement saillant à mesure que la sortie approche. Dans la mesure où le succès de la sortie en dépend, les soignants partagent leurs évaluations participant du travail d'identité et biographique aux patients.

3.4.1 Changer leur rapport à la maladie

L'accompagnement des changements d'identité des patients face à la maladie est régulièrement discuté lors des synthèses. Le CCA sollicite parfois l'aide des autres soignants pour mener à bien ces tâches. Ainsi, il demanda au psychologue d'accompagner une patiente qui trouvait difficile de ne bientôt plus être malade. Il dit « (se tournant vers le psychologue) tu sais qu'elle m'a dit qu'elle avait peur de ne plus être malade. Pas du Parkinson, mais de l'anxiété et de la dépression » et le psychologue répondit « ça a pris tellement de place pour elle que quand elle ne sera plus déprimée, elle n'aura plus rien », et le CCA lui dit « tu pourras travailler ça avec elle ? ».

L'essentiel de ce travail est mené au cours d'entretiens en face à face : par les psychiatres, le psychologue, les infirmières et les aides-soignantes. Les patients doivent en effet apprendre à faire face aux manifestations de maladie chronique. Les soignants leur expliquent ainsi quelles manifestations ils vont devoir apprendre à gérer, comment repérer une rechute de la maladie et que faire. Si les patients refusent de se projeter dans la possibilité d'une rechute, les psychiatres peuvent leur donner un plan d'action : par exemple en cas d'idées suicidaires, les patients savent vers qui se tourner en priorité. Ils leur expliquent également qu'après une longue hospitalisation, ils vont continuer à expérimenter des manifestations de maladie pendant quelque temps. Ils leur indiquent donc de prévoir une longue période de convalescence après l'hospitalisation pendant laquelle ils ne pourront pas reprendre une vie tout à fait normale. Le CCA dit ainsi à un patient « mais la convalescence va durer longtemps. Pour la dépression, ça met plus de temps pour que la libido revienne, et les difficultés cognitives vont persister. On va envisager votre convalescence, pour être plus normal que cet état-là. Vous, la remise en jambe, il va falloir la préparer en se fixant un objectif et y aller progressivement ». Ils les conduisent cependant à rester optimistes et tentent de les rassurer. À une patiente qui terminait une cure d'ECT, le CCA dit « après l'arrêt des sismos, il va falloir au moins 6 mois, les choses prennent du temps, mais il faut les accompagner avec optimisme ».

Enfin, ils les accompagnent dans le fait de retrouver une nouvelle identité, plus ou moins débarrassée de la maladie.

CCA « est-ce que vous avez peur de guérir ? »

Patiente « oui, je pense ».

CCA « est-ce que vous preniez du plaisir à être normale ? C'est agréable ou ça fragilise ? ».

Patiente « c'est un état bizarre ».

CCA « ça fait longtemps que vous êtes malade ».

Patiente « deux ans ».

CCA « tout s'est réaménagé en fonction de ça et là vous sortez de la maladie ».

Ce travail sur l'identité permet aux psychiatres de conduire les patients à faire face à leurs changements d'état, mais aussi de les amener à se changer eux-mêmes.

3.4.2 Changer leur rapport à eux-mêmes

Changer le rapport des patients à eux-mêmes consiste à identifier ce qui dans leur personnalité peut être source de souffrance. Ces traits de personnalité sont leurs façons de penser, de sentir et d'agir et ne pouvant pas être attribués à une maladie. Alors qu'on les prépare à faire face à la maladie, on conduit également ceux-ci à transformer leur personnalité.

Ces traits sont généralement discutés en synthèse et le CCA demande aux autres soignants de participer à ce travail d'identité. Le CCA dit ainsi « Là, c'est l'angoisse de la sortie et elle veut être la Wonder Woman qu'elle a toujours rêvé d'être. Il faut qu'elle arrête d'être dans la performance. Mais ça, vous pouvez le lui dire, ça l'aidera, je pense ». Personnalité et maladie sont aussi distinguées du contexte de vie, également source de souffrance. Ces trois aspects sont généralement suspectés de se potentialiser et les patients sont conduits à agir dessus. Le CCA dit ainsi d'un patient « il faut bosser sur ses cognitions négatives parce qu'il a l'impression que les choses s'acharnent contre lui et se répètent. Et en même temps il doit y avoir du vrai, comme il ne change rien, les choses doivent se répéter ».

Aux malades, les soignants exposent que leurs façons de penser, de se comporter et de gérer les difficultés de la vie peuvent être source de souffrance. Le partage entre maladie, personnalité et contexte de vie leur est alors communiqué et permet de dégager des éléments travaillables à long terme. Concernant les traits de personnalité, les psychiatres leur indiquent de ne pas chercher à « être dans la performance », de prendre leur temps, d'être indulgents avec eux-mêmes. Ces traits de caractère peuvent être identifiés comme étant directement à l'origine de leur souffrance. Ainsi le CCA dit à un patient qui ne relevait que ce qui n'allait pas : « Ça va être une lutte pour vous. Vous êtes fin et précis, vous regardez les choses avec obsession. Vous êtes vigilant à la moindre fluctuation, ce qui peut créer votre inquiétude. Mais c'est votre fonctionnement qui est comme ça. Essayez de prendre de la distance ».

Concernant le contexte, ils cherchent généralement à apaiser les patients face à un environnement stressant et à les mettre dans une position de prise de contrôle sur cet

environnement. Ainsi, une patiente avait fait une rechute dépressive juste après sa mise en retraite. Le CCA lui dit « il y a un contexte à côté de la dépression. Il faudra trouver un substitut au travail. Le travail que vous faites avec [le psychologue] c'est bien, ça va vous permettre de digérer que la fin du travail n'était pas une vraie fin et que pendant la retraite il va falloir s'occuper ». Cependant, les patients peuvent ne pas être d'accord avec ce partage entre maladie, trait de personnalité et environnement. Dans l'extrait suivant, le CCA essaye d'indiquer au patient qu'il est possible de mieux vivre son travail, ce avec quoi le patient n'est pas d'accord :

CCA « l'objectif c'est de retrouver l'efficacité de la kétamine, les traitements n'effacent pas tout, ça aide à mieux vivre le présent. »

P « Ce n'est pas pour ça que j'irai au boulot avec le sourire. Tant que j'aurai ce boulot, ça n'ira pas mieux, j'ai fait des demandes qui n'ont pas abouti. »

CCA « oui, ça on n'y pourra rien. On peut remettre la question du boulot à plus tard, tant que vous n'êtes pas bien, il ne faut pas y penser. »

P « mais on y pense quand même, c'est comme tout le reste [...] Tout le monde accepte ces conditions de travail, mais moi ça me révolte. »

CCA « là il faut changer votre rapport au travail. Mais on verra ça plus tard. On s'occupe du quotidien sans inquiétudes, protégez-vous et mettez ça de côté ». »

Les psychiatres peuvent également proposer aux patients des aménagements spécifiques dans leur environnement pour qu'il les fasse moins souffrir.

La sortie est construite en miroir de la situation initiale et organisée lorsqu'une partie des problèmes qui rendaient nécessaire l'hospitalisation sont résolus. Elle l'est aussi après initiation d'un cycle de prescription si les psychiatres anticipent que le traitement permettra de stabiliser les choses durablement. Le processus implique que les patients y prennent un rôle actif. Cette mise au travail est elle-même évaluée par les soignants et sert à se persuader que les malades sont prêts à sortir.

Conclusion du chapitre 7 :

La question du contrôle de la maladie se pose tout au long d'une hospitalisation. À l'arrivée des patients, les psychiatres tentent de comprendre pourquoi et comment la situation a échappé au médecin adresseur. Une fois un diagnostic et un plan de traitement décidés, les psychiatres s'assurent que l'état des malades revient à un niveau qui rende la situation contrôlable au long cours. C'est l'assurance que tout se passera bien à long terme qui leur

permet d'être assez confiants pour organiser la sortie. Si ce n'est pas le cas, et après suffisamment de temps pour en juger, les psychiatres changent de cycle. Lorsque les cycles s'accumulent, certaines tâches sont réalisées, ouvrant de nouvelles phases de trajectoire : celles-ci visent à rassurer les malades, mais aussi à les faire changer ainsi que leur environnement. Un impératif traverse tous ces points de séquence : éviter que la situation devienne intravaillable de façon irréversible. Quoiqu'il arrive, il faut faire avancer les choses.

Conclusion de la deuxième partie : Politiques d'un dispositif (du) vivant

Au terme de cette deuxième partie, nous avons vu quelles formes prend le dispositif de prise en charge des dépressions résistantes, comment les soignants évaluent les patients pour les y faire entrer et comment ils utilisent ses différents éléments.

Le dispositif s'articule autour de réseaux dans lesquels circulent des techniques, des malades, des modèles d'organisation et des professionnels. Au sein des services, les médecins constituent des plateaux techniques qu'il faut faire vivre, c'est-à-dire équiper, entretenir, sécuriser et assurer qu'un flux suffisant de malades y transite. La circulation des techniques et des malades vise autant la production de soins que de nouveaux savoirs. L'essentiel des malades pris en charge dans ces services est adressé par des libéraux qui entretiennent avec les psychiatres hospitaliers des relations marquées par un ensemble d'obligations et d'attentes. Les services universitaires comprennent une multitude d'unités qui sont des entités à la fois administratives, spatiales et organisationnelles. Chacune d'elle revendique des objectifs de soin et de recherche spécifiques.

Les soignants, et surtout les psychiatres, effectuent un double travail normatif sur le dispositif et sur les patients qui y pénètrent⁵¹⁹. D'une part, en direction des malades, ils conduisent des évaluations qui visent à déterminer desquels de ses éléments ceux-ci bénéficieront. Ce travail comprend une dimension morale : il est attendu que les patients observent un ensemble de règles d'interaction. Cependant, leur infraction n'a généralement pas un sens univoque pour les soignants qui doivent souvent attendre avant de juger si les patients sont de mauvaise volonté ou si leur pathologie les en empêche. Les différentes actions sont préparées selon des séquences : après avoir formulé un diagnostic, les psychiatres prescrivent un traitement, en évaluent les effets puis organisent la sortie. D'autre part, ils travaillent sur le dispositif et en problématisent les éléments qui leur semblent pertinents pour résoudre les situations qu'ils ont à gérer. Ce double travail participe de ce que j'ai appelé une pragmatique du mouvement.

Le dispositif a au moins deux visées, à chacune desquelles correspondent deux façons de définir les situations de maladie et deux types d'organisation du travail. D'une part, on a la rhétorique de la vie sauvée qui est déployée dans les situations que j'ai qualifiées de critiques. Dans ces situations, les soignants mènent avant tout un travail de sécurité cherchant à garantir

⁵¹⁹ Je reprends cette description du travail normatif au sein des dispositifs à Nicolas Dodier et Jeannine Barbot (Dodier & Barbot, 2016)

la survie des patients. D'autre part, la rhétorique de la vie digne d'être vécue mobilisée lorsque les psychiatres définissent une situation immobile. L'essentiel des tâches des soignants se polarise alors sur le travail de confort et sentimental. Ces deux visées entrent parfois en conflit, le travail de sécurité pouvant être conduit aux dépens de ces derniers et inversement. Dans la partie suivante, je montre comment ces deux visées sont articulées dans les situations de résistance au traitement et avec quels enjeux.

Troisième partie : Du bon usage des traitements de la résistance

Dans les années 1970, l'invention de la catégorie de dépression résistant aux traitements est contemporaine d'un renforcement de la régulation d'une série de techniques controversées. Pour des raisons diverses, leurs promoteurs les conçoivent comme derniers recours. Plus largement, la catégorie a permis d'établir des séquences de traitements à déployer en cas de résistance aux médicaments usuels. Aujourd'hui, en France notamment, les situations de dépression résistantes sont soignées au sein des services universitaires de psychiatrie. Ceux-ci mettent en forme le dispositif de prise en charge des dépressions résistantes autant qu'ils le font vivre. Plus précisément, ils organisent l'évaluation des patients et régulent leur accès aux techniques de dernier recours. Mais, en pratique, quels usages sont faits de ces techniques et comment les situations de résistance sont-elles gérées dans ces services ?

Ces questions mettent la temporalité au centre de l'analyse. En effet, toutes les techniques mobilisées dans ces situations ne sont pas des traitements de dernier recours. Les psychiatres peuvent également utiliser des combinaisons de médicaments, des doses élevées ou des molécules hors AMM, toujours de façon empirique et au cas par cas. Cette façon de « bricoler » les médicaments dans les situations de résistance permet généralement de repousser l'usage des derniers recours, à la fois parce qu'on veut les garder en réserve et qu'ils nécessitent une organisation particulière. Mais alors, quand prendre la décision de mobiliser un traitement de dernier recours ?

Jusqu'à un certain point, le parallèle avec la fin de vie est instructif. Isabelle Baszanger, à partir d'une ethnographie d'un service de cancérologie, a décrit la phase « des chantiers empiriques » comme une zone d'incertitude entre des traitements actifs et des soins palliatifs⁵²⁰. Il s'agit d'une phase sans cesse problématique qui doit déboucher sur la fin de vie, dans laquelle les médecins se demandent s'ils doivent intervenir ou arrêter les soins curatifs. Elle met en avant la dimension « non théorisable » de cette phase pour la pratique clinique puisque les médecins travaillent sur des situations non généralisables et individuelles. « Ces chantiers empiriques peuvent emprunter des modalités diverses, nouvelles combinaisons de produits, nouvelles séquences, déplacement d'un produit connu vers une indication différente, nouveau produit dans le cas d'un essai de phase I ou II, ou hors essai »⁵²¹. Elle analyse des « boucles de temps : lorsqu'on est arrivés à un point cliquet pourrait-on dire, et que, malgré tout, s'ouvre à

⁵²⁰ (Baszanger, 2000)

⁵²¹ Ibid. p. 78

nouveau toute la situation précédente et que l'on peut rejouer un nouveau combat, reparier si on ose dire »⁵²². Il existe des retours en arrière, à la suite d'améliorations inespérées et « miraculeuses » de l'état des malades qui permet pendant un temps de continuer à se poser la question d'intervenir, de bricoler, d'espérer, avant de s'orienter vers une logique de palliation pure.

Avec la dépression résistante, les psychiatres tentent d'éviter de se retrouver dans une situation de dépression chronique irréversible et donc non travaillable. Les traitements de dernier recours sont mobilisés alors que les psychiatres font le pari que l'état des patients est réversible, au prix d'une intervention supplémentaire. Mais dans ces trajectoires sans fin, on ne saurait parler de dernier recours. Dans cette partie, je me demande ainsi comment les traitements de la résistance sont utilisés, y compris les « derniers recours ». Dans le chapitre 8, je décris comment l'attente d'un miracle permet aux psychiatres de légitimer le dernier recours. Dans le chapitre 9, je montre comment s'ouvre la phase de la résistance et comment l'usage des traitements de dernier recours est géré immédiatement et à long terme.

⁵²² Ibid. p. 84

Chapitre 8 : En dernier recours, organiser la survenue des miracles

La promotion d'une technique thérapeutique peut passer par la défense de deux postures apparemment antagonistes. La première, que j'ai appelée radicale, affirme que certaines d'entre-elles, comme l'électro convulsivothérapie (ECT) ou les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), doivent être sauvegardées parce qu'elles comptent parmi les plus efficaces de l'arsenal thérapeutique. La seconde, modérée, vise à organiser l'usage de ces techniques en prenant en compte les risques qui leur sont associés. Ces deux positions dessinent deux visions des traitements utilisés dans les situations de résistance thérapeutique. Ceux-ci sont à la fois gardés en réserve pour leur plus grande efficacité en même temps qu'ils sont épargnés pour les situations dans lesquelles il n'existe plus d'autre option. Le terme de dernier recours permet de rendre compte de cette tension conceptuelle. Mais qu'en est-il en pratique ?

En effet, d'une part, certaines techniques sont utilisées en dernier recours parce qu'elles génèrent plus de contraintes que d'autres. Tout d'abord, elles induisent plus d'effets indésirables, ou ont des effets encore inconnus, comme la kétamine. Elles nécessitent une organisation sociale différente des autres traitements comme planifier les séances d'ECT ou de kétamine, ou demander l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) pour les IMAO. Enfin, en conséquence de ces deux aspects, les patients peuvent refuser ces thérapeutiques. Les psychiatres les emploient ainsi lorsqu'ils n'ont pas d'autres solutions : parce qu'ils sont à court d'options, ou que l'état des patients s'aggrave. D'autre part, ces traitements sont mobilisés en dernier recours, car ils sont considérés comme étant plus efficaces que les autres. Cette réputation de plus grande efficacité, les psychiatres la tirent de la littérature médicale que j'ai présentée dans le troisième chapitre. Ces méthodes sont gardées en réserve pour les situations les plus difficiles, lorsque d'autres ont échoué. Elles sont porteuses d'un espoir de voir l'état des patients s'améliorer après de nombreux échecs et le champ lexical de la magie et du miracle est souvent utilisé pour décrire leur efficacité.

Cette tension impose de s'intéresser au traitement comme processus. La mise en place d'une thérapeutique nécessite, d'un côté, l'organisation concrète de son administration, et de l'autre, sa gestion à plus long terme. Cette dernière implique de définir ses effets, d'adjoindre d'autres traitements ou encore de déterminer une fin — ou une non-fin. Dans les années 1990, en sociologie de la santé, cette question de l'articulation entre intervention et trajectoire de

maladie a principalement été traitée au sujet de la chirurgie⁵²³. Reprenant ces analyses, Michel Callon et Vololona Rabeharisoa ont défini comme principe méthodologique de tenir compte du travail de reconfiguration qui a lieu avant et après une opération⁵²⁴. Baptiste Moutaud, dans sa thèse d'anthropologie sur l'usage de la stimulation cérébrale profonde dans les troubles obsessionnels compulsifs, poursuit la réflexion⁵²⁵. Aussi, il entend restituer l'activité au bloc opératoire dans le contexte plus global des pratiques thérapeutiques hospitalières et des trajectoires de maladies. Dans le même esprit, mes analyses rendent compte à la fois de l'organisation sociale que ces techniques imposent et de la construction de leurs effets miraculeux. Malgré ceux-ci, les psychiatres doivent continuer de gérer les maladies au long cours, et notamment les effets indésirables que procurent ces méthodes.

Avec ce chapitre, je montre comment les psychiatres organisent la survenue de « miracles » lorsqu'ils mobilisent les traitements de dernier recours. Je distingue deux types de techniques utilisées dans la gestion des dépressions résistantes : les traitements par cure et les médicaments d'usage exceptionnel. Les premiers sont les séances d'ECT et de perfusion de kétamine et sont ceux qui sont mobilisés en dernier recours. Les psychiatres les voient comme étant très efficaces et plus rapides que les médicaments. Les médicaments d'usage exceptionnel sont ceux délivrés à des doses élevées, les combinaisons risquées ou peu codifiées. Ce qui est exceptionnel, ce ne sont pas les médicaments en eux-mêmes, d'usage courant, mais la façon dont ils sont employés. De même que dans les traitements par cure, les psychiatres considèrent ces combinaisons comme étant très efficaces, mais pouvant mettre plus de temps à agir. Contrairement aux cures, les associations sont prescrites pour cibler des manifestations spécifiques de maladies. Les psychiatres les adaptent à chaque situation, au cas par cas et de manière empirique. Dans cette partition, les IMAO ont un statut ambigu : ils sont utilisés en dernier recours, mais pour le traitement au long cours.

Dans chaque section de ce chapitre, je décris l'usage d'une de ces techniques : les ECT, les IMAO et les perfusions de kétamine. À chaque fois, j'expose comment elles sont mobilisées, c'est-à-dire comment les psychiatres les conçoivent, comment leur administration est organisée, quand ils sont utilisés et comment les soignants en parlent aux malades, le plus souvent pour obtenir leur accord. J'analyse ensuite comment se déroulent les séances de traitements, la

⁵²³ Stefan Hirschauer a décrit l'opération chirurgicale comme un théâtre où s'affrontent des anesthésistes chargés de la survie des patients et le chirurgien qui modifie le corps des patients (Hirschauer, 1991). Jean Peneff compare le travail du chirurgien au travail ouvrier et la salle d'opération à un atelier, mettant en avant leur savoir-faire (Peneff, 1997).

⁵²⁴ (Callon & Rabeharisoa, 1999)

⁵²⁵ (Moutaud, 2009)

préparation des patients, le lieu de réalisation, les personnes impliquées et les séquences de tâches. Enfin, j'étudie comment les cures de traitements sont menées, comment elles sont initiées, comment les effets indésirables sont détectés, comment l'évolution des malades est monitorée et comment les maladies sont gérées au long cours. L'ECT est le cas paradigmatique du traitement de dernier recours : considérée comme plus efficace par les psychiatres, elle est cependant difficile à mettre en place du fait d'une organisation complexe et des effets cognitifs gênants pour les patients. Avec les IMAO, les psychiatres ont une vision ambiguë de leur efficacité, celle-ci n'ayant pas été démontrée clairement dans les essais cliniques, mais pouvant se révéler utiles dans la résistance. Cette ambiguïté se résout dans le fait qu'ils ne peuvent pas les utiliser en début de trajectoire et qu'ils n'ont souvent plus d'autres recours pour gérer la maladie au long cours. Enfin, concernant les perfusions de kétamine, au cours de son développement, la technique a été mobilisée en derniers recours pour des motifs différents, liés à son caractère expérimental.

1. Traiter par ECT : les emplois ardu du traitement « miracle »

En dépit de vives contestations depuis les années 1960, l'ECT demeure aujourd'hui une technique centrale de l'arsenal thérapeutique psychiatrique. Les psychiatres la voient comme le traitement le plus efficace et le plus rapide qu'ils aient à leur disposition pour soigner les dépressions. Aussi, ils en parlent comme d'un remède miracle dont l'usage reste pourtant difficile.

Une cure d'ECT présente en effet certains risques. Les séances de choc en elles-mêmes peuvent provoquer des dysfonctions cardiaques, respiratoires ou neurologiques, potentiellement mortelles. Aussi, en France, leur réalisation est encadrée par le décret du 5 décembre 1994. Celui-ci fixe, notamment, que les séances d'ECT soient précédées d'une consultation précédant l'anesthésie, qu'elles soient menées en salle de réveil et que les patients soient étroitement surveillés pendant le choc par un ensemble d'appareils et une équipe d'anesthésie. Les séances doivent ainsi être organisées en concertation avec un service d'anesthésie. De plus, la technique génère des troubles cognitifs à court et long terme que les soignants tentent de gérer. Enfin, et pour toutes ces raisons, les patients peuvent ne pas donner leur accord pour sa réalisation.

L'usage de l'ECT est encadré par des recommandations professionnelles. En France, en 1997, l'agence nationale de l'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) émet des

recommandations de bonnes pratiques⁵²⁶. Du fait des risques et de la nécessité de réaliser les séances en salle de réveil, le document réaffirme que « l'ECT sera utilisée en deuxième intention après l'échec d'un traitement pharmacologique ». En outre, il décrit également sa plus grande efficacité : « des études contrôlées randomisées ont démontré l'efficacité thérapeutique et la rapidité d'action de l'ECT par rapport aux traitements de référence dans les épisodes thymiques aigus et les exacerbations symptomatiques schizophréniques ». Aussi : « l'ECT peut être considérée comme un traitement de première intention lorsqu'il existe un risque vital à court terme lié à l'intensité de la symptomatologie ». Comment ce gold standard de la psychiatrie à l'emploi si ardu est-il utilisé en pratique ?

1.1 Faire accepter et se résigner

Pourtant considérée comme très efficace, l'ECT présente donc un ensemble de contraintes qui en limite l'utilisation. Un des enjeux principaux avant et pendant une cure est de convaincre les malades. Du fait des risques importants, ceux-ci ne donnent généralement qu'un accord résigné pour sa réalisation. La technique est ainsi souvent gardée pour plus tard par les psychiatres, à moins que la situation n'exige d'agir rapidement.

1.1.1 Décrire un traitement rapide et efficace

Les psychiatres tiennent le même discours que les articles médicaux et décrivent l'ECT comme le traitement aux effets les plus rapides de leur arsenal thérapeutique. Le CCA me dit en entretien « La grosse différence [avec les traitements médicamenteux] c'est que c'est plus rapide. Après moi, j'ai l'impression que l'ECT marche assez vite sur tout ce qui est anxiété et ralentissement, surtout sur les aspects moteurs en premier et qu'au bout de 4-5 ECT tu dois avoir un début de quelque chose, qui est quand même un bon facteur prédictif de la bonne réponse totale aux ECT. Après il y a un peu de tout, parfois tu ne sais pas pourquoi ça commence à répondre qu'au bout de 20 ECT, il faut s'acharner » (Entretien avec le CCA). Paradoxalement, c'est aussi la technique qui nécessite le temps d'hospitalisation le plus long : plusieurs mois contre quelques semaines pour un traitement médicamenteux.

En outre, les psychiatres du service voient dans l'ECT un des traitements les plus efficaces qu'ils ont à leur disposition. Leur conception de cette efficacité est pourtant différente

⁵²⁶ (ANAES, 1997)

de celle des antidépresseurs classiques. Avec ceux-ci, ils réfléchissent à partir de leurs connaissances en pharmacologie : ils imaginent que tel traitement va modifier tel neurotransmetteur ou telle dimension de la symptomatologie. Avec l'ECT, au contraire, ils pensent selon un modèle global d'efficacité. Le CCA dit en entretien « Avec les médicaments, on discute de leur action sur des dimensions de la maladie. Si tu as l'anxiété au premier plan : ISRS. Si tu as des douleurs et des troubles cognitifs : IRSNa. Anhédonie⁵²⁷ et apragmatisme⁵²⁸ : Pramipexol. Il y a un peu cette idée que les ECT, ça marche, peu importe les dimensions cliniques les plus prégnantes, mais peu importe, en cas de résistance ça a des chances de marcher, peu importe le tableau clinique » (Entretien avec le CCA).

1.1.2 Proposer une cure d'ECT

Les psychiatres du service utilisent l'ECT dans diverses situations : principalement lorsqu'ils diagnostiquent une dépression, et plus rarement une schizophrénie ; quand il y a résistance à plusieurs traitements ; si l'état des malades est particulièrement inquiétant ou qu'il est impossible de prescrire des médicaments du fait de leurs possibles effets indésirables.

Les psychiatres adresseurs peuvent demander spécifiquement une cure d'ECT, mais cette éventualité peut aussi être suggérée par l'équipe qui reçoit le patient. Dans le premier cas, les patients sont adressés depuis chez eux par un libéral ou depuis une clinique ou un hôpital de secteur par les psychiatres chargés de leurs soins dans ces institutions. Lorsque le service n'a pas de place dans l'immédiat, ses médecins donnent des recommandations pour adapter les médicaments en attendant que l'une d'elles se libère et indiquent le bilan à réaliser pour pouvoir mener la cure dès l'arrivée des patients dans le service. Dans ces situations, les adresseurs parlent de l'ECT à venir aux patients et à leur famille. Dans le second cas, le service receveur, en entendant l'histoire, suggère d'y recourir.

Les psychiatres commencent immédiatement la cure d'ECT à l'arrivée des patients dans le service quand ils identifient un risque vital. Cependant, la plupart du temps, ils se laissent du temps pour réévaluer la situation, en particulier le niveau de résistance. Ils peuvent remettre à plus tard sa réalisation. Ainsi, une patiente avait été adressée pour cela afin de traiter une dépression résistante. Les psychiatres du service reprirent l'histoire des traitements médicamenteux. Ils mirent en évidence que les psychiatres lui avaient prescrit certains

⁵²⁷ Anhédonie : Perte de sensation de plaisir

⁵²⁸ Apragmatisme : Difficultés à initier les mouvements

antidépresseurs à dose insuffisante, qu'ils avaient été changés trop rapidement et avaient fait des associations de molécules inadéquates. De plus, le planning d'ECT était plein. Ils prescrivirent un médicament antidépresseur, l'anafranil, ce qui leur permit d'attendre une place d'ECT, mais aussi d'éprouver par eux-mêmes le niveau de résistance de la maladie. Les cures d'ECT sont également débutées après plusieurs essais de traitement à l'hôpital.

Si les patients ont déjà eu des séances d'ECT par le passé, les psychiatres du service peuvent reconsidérer cette option thérapeutique. Pour cela, ils se procurent les comptes rendus d'hospitalisation ou de consultation, les éléments des dossiers médicaux ou encore les tracés EEG de ces séances afin de déterminer si la précédente cure a produit des effets, lesquels et si les crises étaient suffisantes. Ainsi si cette cure n'a pas donné d'effet positif, mais que les psychiatres estiment que les crises n'étaient pas satisfaisantes ou que le nombre de séances était trop faible, ils peuvent penser mener une nouvelle cure d'ECT. C'est également le cas lorsqu'ils jugent qu'une cure a eu des effets positifs et que les patients sont en rechute. En revanche, si malgré un nombre de séances et des temps de crise satisfaisants, l'état des patients reste inchangé, ils renoncent à s'engager dans une nouvelle cure. Enfin, le service adresseur peut déjà avoir parlé des ECT aux patients qui les ont refusées. Les psychiatres du service sont chargés de les convaincre de s'engager dans cette cure, à partir des éléments dégagés lors de cette nouvelle hospitalisation.

1.1.3 Convaincre les patients

Les psychiatres du service parlent souvent de la technique aux patients au cours d'une consultation, le plus souvent en présence de leur famille, à moins que les psychiatres adresseurs ne l'aient déjà fait auparavant. Ils peuvent leur présenter ce projet lors d'une consultation de préadmission ou à leur arrivée. Plus rarement, ils commencent à leur indiquer qu'ils pensent les traiter par ECT en visite, avant de le ré aborder au cours d'une consultation avec leur famille. Ce sont toujours les médecins seniors, CCA, PH ou chef de service qui en parlent. Ils leur exposent alors qu'il s'agit de la technique la plus efficace en psychiatrie et leur prédisent la bonne évolution de leur état. La description du déroulement de la technique en elle-même est souvent passée sous silence ou du moins certains de ses aspects. L'anesthésie générale est fréquemment présentée comme légère et le courant délivré de faible intensité, de courte durée et qu'il ne génère pas de lésions cérébrales. En revanche, il est très rare que ces psychiatres décrivent que le courant induit une crise convulsive et s'ils le font, ils se hâtent de préciser qu'elle est minimale du fait des relaxants musculaires. Les effets cognitifs immédiats, et

notamment la confusion et les pertes de mémoire, sont souvent indiqués aux patients afin qu'ils prennent des mesures préventives, comme noter leurs codes bancaires ou de téléphone. En revanche, les effets cognitifs à long terme sont fréquemment passés sous silence, les premiers étant présentés comme étant temporaires. Les psychiatres du service leur exposent généralement que c'est la seule option thérapeutique possible au regard de leur état. Contrairement aux médicaments psychotropes, les psychiatres expliquent peu le mécanisme d'action de la technique.

Un des enjeux de ces consultations au cours desquels les psychiatres parlent de l'ECT aux patients est d'obtenir leur accord, ou du moins celui de leur famille, pour réaliser une cure. Parfois, ceux-ci le donnent d'emblée, surtout s'ils savent qu'ils ont été adressés dans le service pour cela. Cet accord peut sembler fragile aux psychiatres qui accélèrent alors sa mise en place pour limiter le risque qu'ils se rétractent. Lorsque les patients refusent l'ECT, ils ont plusieurs possibilités pour finalement obtenir leur accord : leur proposer plusieurs fois la cure, leur exposer que la situation rend impossible le recours à d'autres traitements, soit parce qu'ils n'ont pas fonctionné, soit parce que les patients ne les tolèrent pas, ou que leur état est trop inquiétant. Selon la gravité de l'état des patients, ils leur laissent plus ou moins de latitude pour refuser. S'ils considèrent qu'il n'existe pas de danger immédiat et que les patients refusent, ils introduisent un autre médicament et les laissent sortir. Ils n'abandonnent pas nécessairement l'idée de mener une cure, mais ils leur accordent un temps de réflexion. Si le traitement introduit ne fonctionne pas, ils peuvent alors mettre en avant que l'ECT est la seule solution.

En revanche, si les psychiatres jugent que l'état des patients est plus inquiétant, ils peuvent les conduire à accepter la cure un peu plus fermement. Un procédé fréquemment utilisé est le recours à la menace d'une hospitalisation sous contrainte dans un hôpital de secteur. C'est précisément ce que fait l'interne dans l'extrait suivant :

Interne « vous êtes d'accord pour être hospitalisée ici ? »

Patiente « on m'a dit que c'était ça ou l'enfermement. »

Interne « et si on n'avait pas dit ça ? »

Patiente « non... »

Interne « je vais faire le point sur le traitement que vous avez. Les ECT c'est quoi pour vous ? »

Patiente « les électrochocs »

Interne « c'est une possibilité pour vous ? »

Patiente « oui... enfin, je n'ai pas vraiment le choix »

Les patients sont ainsi conduits à se résigner à accepter une cure d'ECT. Les psychiatres leur font donner leur accord en les confrontant à la gravité de leur état, à l'absence d'autres solutions et en les menaçant de les transférer sous contrainte.

1.1.4 Préparer les séances

Avant de recevoir une cure d'ECT, les patients doivent bénéficier d'un « bilan pré thérapeutique ». Avec ce bilan, psychiatres et anesthésistes s'assurent que l'anesthésie et le choc électrique ne font pas courir un risque trop grand. Le choc en lui-même peut provoquer une majoration de la pression intracrânienne et des modifications cardio-vasculaires. Les médecins vérifient ainsi qu'il n'y a pas de pathologie cérébrale susceptible d'augmenter la pression intracrânienne, ou une pathologie cardiaque, comme un infarctus récent. Les médecins veulent également être certains que les patients vont supporter l'anesthésie générale. Pour l'ensemble de ces raisons, ils demandent une imagerie cérébrale, un électro-encéphalogramme, un électrocardiogramme, une radiographie du thorax et un bilan sanguin. Les psychiatres peuvent anticiper et faire réaliser ce bilan alors qu'ils sont encore dans le cycle de prescription précédent. Lorsqu'il est complet, ils sollicitent une consultation auprès des anesthésistes. En retour, ces derniers peuvent demander la réalisation d'autres examens complémentaires, l'avis d'autres spécialistes ou encore refuser le geste s'ils jugent que c'est trop risqué. La réalisation d'une cure d'ECT nécessite que les patients signent un document signalant qu'ils ont donné leur consentement. Ils remplissent généralement ce document lors d'une consultation au cours de laquelle les psychiatres leur donnent ces éléments. L'ensemble des bilans, comptes rendus, avis, consultations d'anesthésie, formulaires, sont consignés dans le dossier d'anesthésie et peuvent être consultés à tout moment par l'équipe d'anesthésie.

Les patients sont inscrits sur un planning d'ECT qui est géré par la cadre de santé toutes les semaines. Les séances d'ECT sont prescrites sur un dossier spécifique, dit « dossier ECT », la veille de chacune d'elle. C'est l'interne qui s'occupe du patient ou le CCA qui la prescrit. Il indique la charge à délivrer, la latéralité (bilatéral ou unilatéral), éventuellement les médicaments à arrêter et l'évolution clinique. Concernant cette dernière, ils peuvent inscrire « pas d'amélioration », « légère amélioration », « euthymique⁵²⁹ ». Cette indication n'a aucune incidence sur la charge à administrer. Pour la première séance, la charge de départ est calculée en fonction de l'âge et du sexe selon des abaques. Pour les séances suivantes, elle est déterminée

⁵²⁹ Euthymie : humeur de base

par la durée de la crise précédente : entre 20 et 60 secondes, les psychiatres la laissent à la même valeur ; en dehors, ils l'augmentent de 10 à 20 %. Certains traitements peuvent interférer avec le choc et minimiser les chances de produire une crise efficace ou majorer les risques de la procédure. C'est le cas du lithium ou des antidépresseurs tricycliques, pouvant accentuer la confusion au réveil, ou les benzodiazépines, pouvant augmenter le seuil épileptogène et donc diminuer la probabilité d'induire une crise. Les psychiatres seniors indiquent ainsi souvent aux internes d'arrêter ces médicaments pendant une cure, quitte à les reprendre ensuite.

1.2 Les séances d'ECT : ajuster le travail psychiatrique à celui de l'équipe d'anesthésie

Les séances d'ECT sont pratiquées sous anesthésie générale. Cela implique pour les psychiatres de collaborer avec une équipe d'anesthésie qui participe au travail de sécurité sans lequel la technique ne saurait être utilisée. L'équipe de psychiatrie a, elle, pour mission d'administrer le choc, de calculer la durée de la crise et de rassurer les malades.

1.2.1 Préparer les patients à la séance

Le matin, les infirmières de nuit transmettent à l'équipe de jour quels patients doivent partir en séance d'ECT, s'ils sont anxieux, ont des problèmes physiques ou un risque de refuser de partir. Les infirmières de l'équipe du matin les perfusent, vérifient qu'ils sont à jeun, qu'ils ne portent pas de bijoux, qu'ils ont pris leur douche à la bétadine la veille et qu'ils n'ont pas envie d'uriner. Elles prennent leurs constantes vitales : tension, pouls, saturation en oxygène. Certains peuvent recevoir une prémédication, c'est-à-dire un traitement qui est donné dans le service de psychiatrie avant le départ. Il peut s'agir d'un anxiolytique lorsqu'ils sont anxieux ou qu'ils sont agités à leur réveil, ou d'un médicament pour favoriser les convulsions ou empêcher une hausse démesurée de la pression artérielle. L'ensemble de ces informations sont consignées dans le dossier ECT. Les infirmières demandent aux patients comment ils se sentent, les rassurent, et peuvent leur réexpliquer le déroulement d'une séance. Elles les conduisent ensuite en salle de réveil sur des brancards où elles retrouvent l'interne de psychiatrie qui doit mener la matinée d'ECT.

La salle de réveil est une pièce d'une quarantaine de mètres carrés. Au fond de celle-ci, on trouve des tiroirs qui contiennent tout le matériel d'anesthésie (drogues anesthésiantes, matériel de perfusion, masques à oxygène, matériel d'intubation), ainsi qu'un évier et un plan

de travail sur lequel l'équipe d'anesthésie peut préparer des traitements. Au centre se trouve la machine d'anesthésie qui enregistre les paramètres vitaux et les retransmet sur un écran, et un tuyau délivrant de l'oxygène. Sur le côté, l'équipe de psychiatrie place la machine à ECT, apportée du service de psychiatrie en même temps que les malades. Ces derniers sont installés dans la salle de réveil, séparés les uns des autres par des paravents.

1.2.2 Préparer le choc

Durant les séances d'ECT, deux équipes de soignants travaillent ensemble. Celle de psychiatrie est presque toujours composée d'un interne et d'une infirmière. Celle d'anesthésie associe généralement un médecin senior, et une infirmière⁵³⁰ ou un interne. La séance d'ECT n'est pas prioritaire en salle de réveil, car il s'agit d'une activité programmée qui peut être différée. La fonction des anesthésistes est ponctuelle et ils se perçoivent comme des « prestataires ». Les soignants de psychiatrie doivent accepter de soumettre leur temps à celui du personnel du bloc opératoire : si les anesthésistes sont appelés pour d'autres tâches plus urgentes, comme lorsqu'ils doivent accueillir plusieurs malades dans un état grave, l'équipe de psychiatrie doit accepter d'attendre qu'ils soient disponibles. À l'inverse, si celle-ci rencontre des problèmes techniques, les anesthésistes peuvent demander à interrompre la séance. Par ailleurs, les deux groupes de professionnels travaillent conjointement sur le corps des patients. En dehors de la phase de préparation du choc, leurs actions sont menées dans des temps bien distincts. Chacun de ces temps est ponctué par des « il est à vous », « on peut y aller ? », « j'y vais », « écarter-vous » permettant à celui qui énonce ces phrases de transition de s'assurer que son temps est bien arrivé ou de redonner la main aux autres.

Chaque patient est préparé au choc par un ensemble de tâches menées par les deux équipes. Certaines tâches de vérification sont conduites : l'identité du patient, s'il est bien à jeun. D'autres servent à monitorer les fonctions vitales par le placement de capteurs sur leur corps. L'IADE place trois patchs sur le thorax pour enregistrer le tracé ECG, un brassard pour mesurer la pression artérielle et un capteur au bout du doigt pour la saturation en oxygène. Ces capteurs sont reliés à la machine d'anesthésie et les paramètres vitaux sont retransmis sur un scope. L'équipe de psychiatrie place deux électrodes sur le front, deux, derrière les oreilles, et trois sur le thorax. Reliées à la machine à ECT, elles permettent d'enregistrer simultanément les rythmes EEG et ECG. L'interne de psychiatrie demande alors au patient de fermer les yeux

⁵³⁰ IADE, infirmier anesthésiste diplômé d'état

et enregistre un premier tracé EEG qui est représenté sur un graphe qui sort de la machine. Ce tracé EEG lui sert ensuite de référence pour déterminer la durée de la crise. Puis l'interne consulte le dossier ECT qui lui indique la charge prescrite ainsi que le mode de stimulation qu'il ou elle règle sur la machine. On rassure les patients, on leur réexplique le déroulement des séances s'ils sont inquiets. La plupart du temps, ces tâches participant du travail sentimental sont menées par les infirmières de psychiatrie.

L'équipe de psychiatrie s'éloigne ensuite du patient pour laisser la place à celle d'anesthésie. L'IADE et l'anesthésiste se placent à la tête des malades et posent un masque à oxygène sur leur bouche jusqu'à ce que la saturation en oxygène atteigne 100 %. Pendant l'anesthésie, les patients ne peuvent pas respirer par eux-mêmes, l'oxygénation a pour but de créer une réserve en oxygène. L'IADE administre alors les drogues anesthésiques selon la dose indiquée par les anesthésistes. Il ou elle délivre tout d'abord un sédatif, qui endort les patients⁵³¹, puis un relaxant musculaire de la famille des curares⁵³². Après quelques instants, l'anesthésiste évalue la profondeur de la sédation, puis fait savoir à l'équipe de psychiatrie qu'elle peut réaliser le choc électrique. L'équipe d'anesthésie se retire alors, tout en continuant à surveiller les constantes vitales.

1.2.3 Administrer le choc

Le choc électrique est délivré par des palettes qui sont reliées à la machine. Avant le choc, l'interne de psychiatrie se poste à son tour à la tête des malades. Il place les électrodes de part et d'autre du crâne des patients. Les internes sont formés à cela : à partir d'un dessin qui comporte des repères de l'anatomie du crâne, mais aussi de conseils pratiques donnés par les psychiatres seniors. Une fois les électrodes positionnées, l'interne demande à l'infirmière d'appuyer sur le bouton « impédance » sur la machine qui indique la résistance de la boîte crânienne dans cette position d'électrodes. Si ce chiffre est supérieur à 1200 ohms, il doit se replacer, s'il est inférieur il peut lancer le choc. Une impédance basse permet de délivrer un minimum de courant pour une stimulation optimale. Il prévient l'infirmière qui, en retour, signale qu'elle va administrer la charge électrique et dire « j'y vais ! ». Elle appuie alors de

⁵³¹ Il s'agit le plus souvent de l'Étomidate, un hypnotique de courte durée d'action. Plus rarement, en cas d'intolérance au premier, les anesthésistes peuvent administrer du Propofol, un anesthésique général, qui a pour inconvénient d'élever le seuil épiléptogène

⁵³² Le plus souvent le Suxaméthonium, ou Célocurine, et plus rarement le Rocuronium

façon prolongée sur un autre bouton de la machine à ECT, tant qu'elle émet un bruit continu. C'est à ce moment-là que le « courant bref pulsé » passe de part et d'autre des électrodes.

Pendant l'administration du courant le visage des patients se crispe, devient rouge, les membres se rétractent. C'est la phase dite tonique. Lorsque le bruit continu s'arrête, l'infirmière lâche le bouton. Les patients ont des mouvements cycliques des membres, rendus presque imperceptibles par les relaxants musculaires. C'est la phase dite tonico clonique, la crise convulsive en elle-même. La machine déroule alors un graphe avec l'enregistrement de l'activité EEG en émettant un son qui suit le rythme de cet enregistrement. En abscisse le graphe indique le temps, en ordonnée l'amplitude des variations des potentiels électriques du cerveau. Pendant la crise, l'interne lâche les palettes et se dirige vers la machine à ECT pour inspecter le tracé EEG. Lorsqu'il juge qu'elle s'est arrêtée, il ou elle en informe l'équipe d'anesthésie qui reprend la main sur les patients. Il stoppe l'enregistrement EEG, arrache le papier, y note leur identité, le temps de crise, les paramètres de stimulation et le range dans le dossier ECT.

La détermination du temps de crise est un élément important de la séance : c'est lui qui permet de définir si elle a été « efficace ». Lorsque le tracé de crise s'interrompt brutalement, la détermination de ce temps est aisée. C'est plus difficile lorsque l'arrêt n'est pas net, soit progressif, soit avec des reprises. L'incertitude quant à la durée de la crise doit cependant être tranchée rapidement, car les anesthésistes s'en inquiètent afin de s'assurer que la crise est bien terminée et qu'il ne faut pas intervenir pour la stopper. De plus, personne ne doit toucher le malade pendant la crise sous peine de modifier le tracé EEG, rendant son interprétation plus difficile. Seulement, cette nécessité d'obtenir un tracé sans artefacts peut entrer en conflit avec le maintien des constantes vitales à des valeurs normales par l'équipe d'anesthésie. En cas de problème, l'équipe d'anesthésie intervient et la détermination du temps de crise devient secondaire.

Une crise est jugée efficace entre 25 et 60 secondes. Si la crise dure moins de 25 secondes, les psychiatres redoutent que la technique ne produise aucun effet positif. Au contraire, si elle dure plus de 60 secondes, ils craignent que les patients aient plus de troubles cognitifs après la séance. L'interne consigne ensuite ce temps de crise dans le dossier ECT. Si la crise a été trop courte ou trop longue, le psychiatre prescripteur des séances augmente la charge de stimulation à celle d'après.

1.2.4 Surveiller les malades

Lors de la crise, les anesthésistes ont le regard rivé sur le scope : ils s'assurent de la relative stabilité des constantes vitales des patients. L'équipe d'anesthésie ne peut pas toucher les malades sauf évènement majeur nécessitant qu'ils interviennent. Cela constitue un moment de tension : ils doivent laisser l'état des malades se dégrader tout en garantissant la possibilité d'un retour à la normale. En effet, pendant les quelques secondes de la crise, les patients ne respirent pas, pouvant entraîner une chute de la saturation en oxygène. De plus, le choc en lui-même induit des perturbations cardio-vasculaires avec hausse de la tension artérielle, un ralentissement puis une accélération du rythme cardiaque. Lorsque l'interne de psychiatrie juge que la crise est terminée, l'équipe d'anesthésie peut de nouveau s'approcher des patients. Ils replacent le masque à oxygène avec une canule dans la bouche et pratiquent d'éventuelles techniques de restauration des paramètres vitaux, en administrant des drogues anticonvulsivantes ou antihypertensives. Si un évènement grave survient au bloc, les anesthésistes ont la possibilité d'attendre que les fonctions vitales reviennent à la normale toutes seules ou intervenir. Dans ce dernier cas, ils reprennent la main sur le déroulement de la séance d'ECT, aux dépens du travail de l'équipe de psychiatrie. Ces évènements graves nécessitant une action de l'équipe d'anesthésie sont consignés dans le dossier ECT. Les anesthésistes peuvent demander la réalisation d'un bilan biologique, d'examen complémentaires, un avis à un médecin spécialiste, interdire l'usage de certaines drogues anesthésiantes, ou encore exiger l'interruption des séances d'ECT. Dans ce cas, l'anesthésiste entre directement en contact avec le CCA pour l'en informer.

Lorsque les anesthésistes jugent que les patients ont un début de réveil satisfaisant, ils les laissent sous la surveillance d'une autre infirmière et passent au suivant. Généralement, après une séance d'ECT, ils restent en salle de réveil au minimum pendant 30 minutes. L'infirmière continue à les surveiller et passe prendre les constantes vitales toutes les 10 minutes environ. Dès que leur état est stable, une infirmière de psychiatrie vient les chercher et les reconduit dans leur chambre dans le service de psychiatrie. Après avoir repris les constantes vitales, les infirmières posent des questions très simples aux patients : s'ils savent où ils sont, s'ils ont des douleurs ou des nausées. Elles leur apportent à manger et peuvent les rassurer sur le bon déroulement de la séance d'ECT. Leur état est ainsi surveillé toute la matinée suivant la séance. À leur retour dans le service, les infirmières et les internes parlent de son déroulement aux autres infirmières et au CCA, en particulier s'il s'est produit un évènement grave nécessitant l'intervention de l'anesthésiste. Le CCA s'enquiert également des temps de

crise pour pouvoir prescrire les prochaines séances. La séance d'ECT est ainsi simplifiée à deux éléments : le temps de crises et la présence ou l'absence de complication. Les autres traces du corps pendant le choc sont effacées et restent confinées dans l'espace du bloc.

1.3 Mener une cure d'ECT : effacer les traces des séances, construire l'efficacité

Les séances d'ECT sont réalisées par cures, c'est-à-dire par séries. Les psychiatres du service ne considèrent pas qu'une séance soit efficace en soi, c'est leur répétition qui est censée produire des effets positifs. Les temps de discussion collectifs s'attachent principalement à construire l'efficacité d'une cure. En l'absence d'évènement grave pendant les séances, leur déroulement et les effets négatifs de la cure sont généralement passés sous silence.

1.3.1 Planifier le nombre de séances

Les psychiatres prescrivent un nombre fixe de séances, généralement une douzaine, avant lequel il n'est pas possible de juger de l'efficacité ou non de la cure. Au début d'une cure, les patients reçoivent entre 2 et 3 séances par semaine selon les places sur le planning. Progressivement, les psychiatres les espacent à une par semaine. Comme je l'ai indiqué plus haut, la cure peut produire des effets positifs après quelques séances, ce qui leur permet de faire des projections concernant l'efficacité globale de la cure. Le CCA me dit en entretien « il faut faire un bilan à 12-15 séances d'ECT. Soit, tu n'as rien du tout, ce qui est plutôt un facteur péjoratif de réponse, soit tu as un début d'amélioration, et là c'est plutôt encourageant pour continuer les ECT. Mais si tu y crois vraiment, il faut aller jusqu'à 20 » (entretien avec le CCA).

Un nombre plus élevé de séances peut être anticipé dès le début de la cure. C'est notamment le cas si les patients sont considérés comme étant très résistants, ou lorsqu'ils sont diagnostiqués schizophrènes ou qu'ils ont d'autres pathologies neurologiques associées. Les psychiatres peuvent également poursuivre une cure tant qu'ils jugent que l'état des patients ne s'est pas suffisamment amélioré. Au contraire, une cure peut être prolongée justement parce qu'elle produit suffisamment d'effets positifs et que les psychiatres ne veulent pas perdre le bénéfice ainsi obtenu.

1.3.2 Gérer les effets négatifs des séances d'ECT, discuter les améliorations

Les séances d'ECT entraînent très souvent des troubles cognitifs le jour même. Les patients peuvent être désorientés, avoir d'importantes pertes de mémoire, éprouver des difficultés à se concentrer sur ce qu'ils font ou ce qu'on leur dit. Ces troubles cognitifs peuvent augmenter leur angoisse et ils expriment alors qu'ils se sentent perdus. Ils peuvent aussi rapporter des douleurs à la tête ou des nausées. Ces effets négatifs sont généralement plus marqués en début de cure, mais peuvent persister tout au long de celle-ci et conduire les patients à demander son interruption. Infirmières et internes évaluent l'ampleur de ces effets dans la journée qui suit les séances d'ECT. Les infirmières le font à l'occasion de la surveillance des constantes vitales au cours de la journée. Les internes les voient en entretien l'après-midi des séances, lorsque la désorientation s'est dissipée. Ils peuvent alors leur demander d'évoquer des souvenirs précis, de dire où ils se trouvent ou comment ils se sentent. Infirmières et internes tentent alors de les rassurer, et éviter qu'ils se désengagent, en leur disant à nouveau que ces effets seront transitoires.

Lorsque les effets cognitifs sont trop importants, les psychiatres modifient certains paramètres des séances d'ECT. Tout d'abord, le degré de confusion est évalué : les seniors indiquent aux internes les paramètres à surveiller au décours. Ensuite, ils leur demandent d'éliminer d'autres facteurs de confusion, en particulier une rétention d'urine ou l'effet d'un médicament. Ils peuvent également faire réaliser les stimulations en unilatéral, à la place de la stimulation bilatérale ou espacer les séances. S'ils identifient que les troubles cognitifs sont liés à des crises trop longues, ils disent aux internes d'augmenter la charge de stimulation, ou contactent les anesthésistes pour leur faire modifier leurs produits anesthésiants. Il est rare que les psychiatres interrompent une cure du fait de ce type d'effets cognitifs sans que les patients ou leur famille le sollicitent.

Les effets des séances sont discutés dans les temps collectifs, en particulier lors des synthèses et des visites. Au début de la cure, les psychiatres seniors s'assurent que les temps de crise sont suffisants, à moins que les internes ne leur en fassent part spontanément. Dès la fin de la première semaine, les temps de crises sont rarement évoqués. De la même manière, les effets indésirables ne sont discutés qu'occasionnellement lors de ces temps. Ne le sont que les événements graves nécessitant d'adapter la stimulation électrique ou s'il faut entrer en contact avec les anesthésistes. Les internes mentionnent également si les patients se plaignent de troubles cognitifs, ce dont peuvent aussi s'enquérir les médecins seniors. Les effets positifs sont, eux, abondamment discutés. Les internes exposent les changements, ou au contraire un

état stationnaire. Une interne qui présentait l'évolution d'une patiente en synthèse expliqua : « les séances d'ECT se passent bien, il y a une amélioration sur l'aboulie, de l'anhédonie, elle arrive plus à faire les choses. Elle est moins anxieuse. Elle dit que les permissions se passent bien, ce qui a été confirmé par son mari ». En outre, en synthèse, le CCA rassure fréquemment qu'il est normal que l'état des patients évolue lentement, et qu'il faut continuer à croire aux améliorations futures.

1.3.3 Conduire la cure : trouver un relai, arrêter, reprendre

Après une phase d'attaque, les psychiatres introduisent un nouveau traitement de fond ou continuent à réaliser des séances d'entretien. Si la cure d'ECT a eu peu d'effets, ils arrêtent les séances et prescrivent un médicament réputé plus efficace, classiquement les antidépresseurs IMAO. S'ils considèrent que la cure a eu des effets positifs, soit ils prescrivent à nouveau un antidépresseur qui avait été efficace par le passé, soit ils introduisent un nouvel antidépresseur ou un régulateur de l'humeur, comme le lithium. Les séances d'entretien peuvent être prévues dès le début de la cure. Elles peuvent être réalisées dans le service ou ailleurs, dans des cliniques qui pratiquent l'ECT par exemple. Ainsi, à la fin de la phase « d'attaque » de la cure, ils peuvent continuer à pratiquer des séances hebdomadaires, dites de consolidation. Elles ont généralement pour but d'éviter une rechute de la dépression immédiatement après l'arrêt de la cure. Ainsi, si les patients ont de nouveau des symptômes de dépression lorsque les séances sont espacées, les psychiatres les rapprochent. Ensuite, si elles peuvent être espacées, sont mises en place des séances dites d'entretien, ou de maintenance. Cela consiste à faire venir les patients une fois par mois à l'hôpital pour une séance d'ECT. Elles durent généralement deux ans, mais peuvent être prolongées au-delà si l'ECT est le seul traitement qui stabilise leur état. Elles permettent également d'instaurer un suivi supplémentaire à l'hôpital pour des patients qui ont des pathologies psychiatriques lourdes.

Les séances d'ECT peuvent être interrompues quand les patients le demandent. Dans ces cas-là, les psychiatres peuvent soit les convaincre de continuer, soit accepter d'arrêter la cure s'ils considèrent avoir pu mener le traitement assez loin pour qu'il soit efficace pendant assez longtemps. Ils ré examinent alors les objectifs initiaux de la cure au regard des bénéfices qu'ils pensent avoir obtenus. Ainsi, une patiente avait été traitée par ECT parce qu'elle avait des idées suicidaires. À l'issue de la phase d'attaque et de quelques séances de consolidation, elle demanda à les stopper. Les médecins considérèrent qu'à part la disparition des idées suicidaires, son état restait préoccupant. Cependant, ils prirent la décision de les arrêter parce

que l'objectif initial était de réduire celles-ci. Les séances peuvent également être interrompues pour passer à d'autres formes de traitements. Enfin, ce peut être le cas lorsque des événements graves surviennent en séance d'ECT, comme un arrêt cardiaque ou une désaturation trop importante.

Parfois, les psychiatres ne parviennent pas à interrompre les séances d'ECT. L'ECT peut, en effet être le seul traitement efficace pour stabiliser l'état des patients au long cours. Il peut arriver que les psychiatres considèrent que la cure n'est pas très efficace, mais poursuivent les séances faute d'autres alternatives. C'était le cas d'une patiente schizophrène, institutionnalisée de longue date dans l'hôpital de secteur voisin. Lorsqu'ils interrompaient les séances d'ECT, la patiente devenait trop agitée. La technique avait très peu d'impact sur ses hallucinations et son délire, mais permettait de maintenir un certain calme dans le service. Enfin, les psychiatres peuvent avoir à choisir entre plusieurs options sur le long cours. Ainsi, un homme de 70 ans avait été traité pendant de nombreuses années par lithium, mais avait développé une pathologie rénale consécutive au traitement. La seule manière de soigner ses épisodes maniaques était alors de pratiquer des ECT de façon hebdomadaire. Lorsque les psychiatres espacèrent les séances, il fit de nouveau un épisode maniaque. Ils prirent alors la décision de lui prescrire tout de même du lithium afin de pouvoir éloigner les séances tous les mois. Le PH dit en visite à une externe « L'insuffisance rénale terminale causée par le lithium le conduira obligatoirement à avoir des séances d'hémodialyse et vers une mort prématurée. Mais on gagne en qualité de vie en espaçant les séances d'ECT à un mois au lieu d'une semaine ».

Si l'ECT a la réputation d'un traitement miracle chez les psychiatres, son maniement est cependant pour le moins difficile. La magie n'opère qu'au prix d'un effacement minutieux de ce qui est fait en séance et d'un travail de persuasion auprès des malades. Ce dernier intervient aux différentes étapes d'une cure : avant et pendant, pour leur faire accepter de commencer et de maintenir leur engagement ; après, pour les convaincre que ça en valait la peine. Avec les IMAO, le niveau de contrainte est différent : si les effets indésirables sont généralement moindres qu'une cure d'ECT, il faut néanmoins s'astreindre à un ensemble de contraintes sur le long terme. La prochaine section revient sur ces enjeux.

2. Prescrire un antidépresseur IMAO : et si ça fonctionnait ?

Dans les années 1950, les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) sont l'une des deux premières classes d'antidépresseurs décrites, aux côtés des tricycliques. À la suite d'effets indésirables parfois mortels, ces médicaments ont progressivement été délaissés jusqu'à ce que des psychiatres publient sur leur intérêt dans les dépressions résistant aux traitements. En France, leur usage est régulé par le régime de prescription des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et par des recommandations professionnelles. En pratique, ces médicaments sont utilisés dans les situations de dépressions résistantes, en dernier recours. Cependant, et contrairement à l'ECT, le médicament n'est pas considéré comme étant plus efficace que la plupart des antidépresseurs. Alors, pourquoi les prescrire en dernier recours ? Dans cette section, je montre que les IMAO ne peuvent pas, du fait d'un ensemble de contraintes organisationnelles, être employés en début de trajectoire. De plus, les psychiatres estiment que certaines dépressions qui ne répondent pas aux antidépresseurs classiques peuvent être sensibles aux IMAO. Les IMAO portent ainsi l'espoir qu'on n'ait simplement pas encore trouvé le bon médicament pour le type de dépression présenté par les patients.

2.1 organiser collectivement la prescription d'IMAO dans un contexte contraint

Le risque principal des IMAO est celui d'une poussée d'hypertension mortelle. Cela constitue une contrainte pour les psychiatres à deux égards. D'une part, leur prescription est réglementée par le régime des autorisations temporaires d'utilisation. D'autre part, ils imposent un ensemble de précautions incluant une surveillance étroite des interactions médicamenteuses et l'observation d'un régime par les patients. Aussi, ces molécules sont principalement prescrites par une poignée de psychiatres exerçant au sein de CHU.

2.1.1 Le régime des ATU

La prescription d'antidépresseurs IMAO non sélectifs est ainsi encadrée par le régime des ATU nominatives de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Pour les IMAO non sélectifs, l'ATU nominative a été mise en place pour réguler l'accès à ces traitements après des ruptures de stock dans un contexte de faible prescription par les psychiatres. Les ATU sont accordées pour un an et doivent être renouvelées chaque année.

Ces médicaments ne sont disponibles que dans les hôpitaux : soit ils sont administrés à des patients hospitalisés, soit ils leur sont rétrocédés en ambulatoire par les pharmacies hospitalières. Ils ne peuvent donc pas se les procurer en pharmacie de ville. De plus, les médecins prescripteurs doivent obligatoirement avoir une activité hospitalière.

Dans ce cadre contraignant, la prescription des IMAO non sélectifs est organisée à l'échelle de l'hôpital. Les médecins remplissent un formulaire de demande d'ATU⁵³³. Ils doivent indiquer le nom du patient, le motif de prescription et la raison pour laquelle ils ne peuvent pas donner des médicaments ayant l'AMM. Le plus souvent, les psychiatres écrivent « dépression ayant résisté à de nombreux traitements » ou « dépression pharmacorésistante » et précisent la liste des molécules qu'ils ont reçues et indiquent que les IMAO sont les derniers traitements disponibles. Ces demandes sont étudiées par le service de pharmacie de l'hôpital, par l'unité appelée rétrocession, qui les transmet à l'ANSM et au laboratoire qui distribue la molécule en France. L'ATU peut être refusée par le laboratoire ou par l'ANSM, ce que le service de pharmacie anticipe en indiquant aux médecins s'ils estiment que le formulaire n'est pas assez détaillé. Lorsque la demande est acceptée, le traitement doit encore être acheminé jusqu'à l'hôpital, par la pharmacie, puis jusqu'au service. Ce processus peut prendre entre 4 et 6 semaines. Enfin, du fait de la nécessité de suivre à l'hôpital les patients traités par IMAO, les psychiatres peuvent écarter cette option thérapeutique d'emblée. C'est le cas lorsqu'ils ne veulent pas suivre un patient : parce qu'il a trop de revendications, qu'il ne prend pas ses traitements ou simplement si les psychiatres sont débordés.

2.1.2 Éviter les poussées hypertensives : interactions, « wash out » et régimes pauvres en tyramine

La prescription des IMAO non sélectifs est également encadrée par un ensemble de recommandations. Celles-ci émanent d'associations nationales professionnelles, comme l'*American Psychiatric Association*, ou d'agences gouvernementales, tel que le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE). En France, la haute autorité de santé (HAS) a repris ces recommandations en 2017⁵³⁴. L'agence préconise de réserver ces médicaments aux situations de dépression résistant aux traitements. Pour se prémunir de ce

⁵³³ À mon arrivée sur le terrain, ces formulaires étaient imprimés sur du papier puis ont été dématérialisés sur le site internet de l'ANSM

⁵³⁴ Dans sa brochure « épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Prise en charge thérapeutique et suivi » (HAS, 2017)

risque, l'agence conseille d'éviter l'association avec certains médicaments, notamment antidépresseur ainsi que l'instauration d'un régime pauvre en tyramines.

Dans les pratiques, les psychiatres prennent effectivement un ensemble de précautions. Tout d'abord, ils tentent de maîtriser d'éventuelles interactions avec d'autres médicaments. Celles-ci existent avec un nombre important de molécules, mais surtout avec les antidépresseurs. Il faut donc anticiper la gestion des autres maladies et des traitements futurs dès leur initiation. Cependant, les interactions peuvent ne pas être connues avec certitude, en particulier lorsque ceux-ci sont d'usage récent.

Par ailleurs, ils se prémunissent du risque d'interaction médicamenteuse avec le traitement antérieur en respectant rigoureusement une période dite de « wash out », c'est-à-dire sans antidépresseur, d'une durée de deux semaines. Pendant ce laps de temps, les patients ne doivent pas prendre d'IMAO ni aucun autre antidépresseur. Cette période doit être respectée dans les deux sens de prescription : lorsqu'ils veulent initier un IMAO ou qu'ils veulent changer un IMAO pour un autre antidépresseur.

Enfin, les psychiatres organisent l'observation stricte du régime pauvre en tyramine. Celui-ci consiste principalement à éviter les produits fermentés comme les fromages affinés, les viandes et poissons séchés, les bières brassées, etc. Pour les aider à adapter leur alimentation, les psychiatres font généralement appel aux diététiciennes du service qui viennent les conseiller. Ils chargent également les infirmières de la surveillance de ce régime. Ils s'assurent, enfin, de son respect et de sa compréhension lors de leurs visites hebdomadaires.

2.1.3 Qui prescrit les IMAO ?

Non seulement les IMAO sont principalement utilisés dans les services universitaires, mais tous les psychiatres de ces services ne les prescrivent pas. De manière générale, les IMAO sont introduits dans les unités d'hospitalisation, lorsque la décision peut être discutée collectivement, ou en consultation par les psychiatres les plus expérimentés. Dans ces unités, la prescription se fait généralement après un moment de concertation entre tous les médecins du service. Ainsi, à l'unité ouverte, les IMAO sont souvent commencés par le CCA sur les conseils du chef de service ou des PH et PU-PH. À l'hôpital de jour, les IMAO sont majoritairement démarrés à l'initiative de la PH. Le chef de service quant à lui suit de nombreux patients qu'il traite par IMAO. Leur prescription ne peut donc se comprendre que dans des rapports hiérarchiques entre les médecins.

Certains psychiatres des services universitaires ne les utilisent pas. Du fait des contraintes, le recours IMAO est devenu rare et certains d'entre eux mettent en avant leur manque de compétence en la matière. D'autres rapportent que leur usage est trop inconfortable. Ainsi, l'assistante spécialisée de l'hôpital de jour ne les utilise pas en raison d'un manque d'habitude. À l'issue d'une de ses consultations dépression résistante, au moment de choisir un traitement pour une patiente, elle me dit « bon là le problème c'est que le lithium va la faire grossir. Le Lamictal ce sera plus efficace. Dans ces cas-là [la PH de l'hôpital de jour] elle prescrit souvent les IMAO, mais moi je n'ai pas l'habitude de ces médicaments. Bon, du coup je lui reconduis son Effexor et j'ajoute du Lamictal. Éventuellement, on pourra discuter des IMAO avec [la PH de l'HDJ]⁵³⁵ » (extrait du journal de terrain). Le PH de l'hôpital de semaine, quant à lui, dit ne pas employer les IMAO à cause des risques d'interactions médicamenteuses. Il affirma lors d'une réunion avec le chef de service qui lui demandait pourquoi il n'avait pas pensé au Nardil « moi, je ne prescris presque plus de Nardil, s'ils doivent se faire opérer, c'est compliqué ». Il voit même d'un mauvais œil les psychiatres qui y recourent trop facilement, leur reprochant de mettre les patients en danger.

2.2 Concevoir et mobiliser les IMAO : du traitement d'attente au traitement de dernier recours

Les difficultés à les prescrire conduisent fréquemment les psychiatres à les utiliser lorsqu'ils n'ont pas d'autre choix. En outre, contrairement à l'ECT, ces médicaments n'ont pas la réputation d'être plus puissants que les autres. Ils peuvent pourtant se montrer efficaces là où d'autres sont restés sans effets, et notamment à long terme ou en association. Aussi, cette classe est mobilisée tant dans l'attente d'une cure d'ECT ou de kétamine qu'en dernier recours.

2.2.1 Donner une place aux IMAO : « parfois, ça fait des miracles »

Les IMAO ont la réputation, appuyée par la littérature médicale, d'être moins efficaces que les autres traitements antidépresseurs en général, mais pouvant l'être en cas de résistance. Un ancien chef de service d'un service de CHU, avec qui je me suis entretenu, m'expliqua la particularité de cette classe. Il dit : « les IMAO ont une efficacité globalement moins importante que les tricycliques. Ce qui est paradoxal, les IMAO inhibent la destruction de toutes les

⁵³⁵ Groupe d'éducation thérapeutique à l'hôpital de jour

monoamines [contrairement aux tricycliques]. Ce sont des traitements dans la dépression résistante parce que, quand un antidépresseur d'une famille ne marche pas, celui d'une autre famille peut très bien marcher. Les IMAO pouvaient marcher quand la dépression avait résisté aux tricycliques » (Entretien avec l'ancien chef de service). Les psychiatres considèrent néanmoins que ces traitements sont possiblement plus efficaces que d'autres sur le long terme, mais qu'il faut parfois attendre plus longtemps qu'avec les autres médicaments avant de voir les premiers effets. Cette plus grande efficacité anticipée est généralement formulée dans les situations où la plupart des autres traitements ont échoué, faute de mieux. Lors d'une réunion de présentation de malade par un interne, le chef de service décrit « moi j'ai eu un patient qui a eu une dépression pendant 5 ans, il a eu de l'ECT qui n'a pas marché et il a été mis sous Marsilid. Il a guéri et il n'a jamais rechuté. Ça a pris du temps, mais on a fini par y arriver » (extrait du journal de terrain).

En association avec d'autres molécules, les psychiatres font pourtant des IMAO les médicaments les plus puissants de leur pharmacopée. Aussi la PH de l'hôpital de jour dit en synthèse d'une telle combinaison « donc Lamictal, lithium, Nardil, normalement ça c'est la bombe qui sort les gens de la dépression ». Ils usent également de métaphores pour exprimer la notion de miracle. Le caractère aléatoire de leurs effets les conduits ainsi à accepter qu'ils s'en remettent au hasard dans ces situations de derniers recours. Cette même PH indiqua à une étudiante en médecine à propos des IMAO « ce sont des médicaments qui ont beaucoup d'effets indésirables, mais parfois ça fait des miracles, ça peut vraiment sauver des morts ».

Les psychiatres établissent une hiérarchie entre les IMAO. Ils distinguent IMAO sélectifs, dont le Moclobémide fait partie, et non sélectifs, comme le Parnate ou le Nardil. Ainsi, lorsqu'ils considèrent que le Moclobémide n'a pas été efficace, ils prescrivent du Nardil ou du Parnate. Au cours de mon terrain, ceux du service ont commencé à utiliser le Parnate (tranylcypromide), disponible en ATU depuis peu. Aussi, je l'ai vu utilisé sur trois patients de l'unité ouverte. Avec l'arrivée du Parnate, ils estiment que la molécule est plus puissante que le Nardil. Ainsi, lorsque des patients prennent du Nardil, le changement pour du Parnate peut constituer une nouvelle option thérapeutique.

2.2.2 Commencer un IMAO

Les IMAO sont généralement les derniers médicaments auxquels les psychiatres ont recours en cas d'échec des précédents. Ainsi, lorsqu'ils parlent des traitements qu'ont eus ou non les patients, ils indiquent s'ils ont eu des IMAO. Ils disent par exemple « il a tout eu sauf

des IMAO » ou « Elle a déjà eu des IMAO, on a tout essayé » (chef de service à propos d'une patiente hospitalisée qu'il suit en consultation). Cette classe pharmacologique constitue un repère pour les psychiatres : si les patients l'ont déjà prise sans succès, ou qu'ils rechutent avec, ils peuvent considérer être à court de ressources thérapeutiques. Ils misent alors beaucoup sur ces médicaments pour améliorer l'état des patients. Les IMAO peuvent être donnés quand les psychiatres jugent que les molécules précédentes n'ont pas fonctionné du tout, mais aussi s'ils anticipent qu'elles pourraient avoir encore plus d'efficacité. Ainsi, s'ils estiment que malgré un traitement qui a eu une certaine efficacité, l'état des patients est sujet à des fluctuations, ils les prescrivent. La PH de l'hôpital de jour dit d'un patient qui avait eu une cure de kétamine considérée comme efficace « début septembre, il était pas mal du tout, on sentait des signes vagues de rechute, mais ça n'avait rien à voir avec avant. Donc on lui arrête l'Anafranil et on va lui mettre du Parnate ».

Cette série de prescriptions inefficace puis celle d'IMAO peuvent avoir lieu au cours d'une seule hospitalisation, ou être faites en plusieurs fois, avec des retours des patients à leur domicile. Ils peuvent également être adressés par leur psychiatre traitant pour commencer un IMAO à l'hôpital. Du fait des effets indésirables potentiels, mais aussi de la complexité des situations dans lesquelles ces traitements sont utilisés, les psychiatres libéraux redoutent généralement de les introduire en ambulatoire. Lorsque les patients sont adressés de nouveau dans le service pour débiter un IMAO, les psychiatres receveurs se laissent du temps pour vérifier leur à-propos.

Le sens donné aux IMAO change selon l'ordre dans lequel les interventions sont prescrites, et notamment si c'est avant ou après une cure d'ECT ou de kétamine. Dans les cas où les psychiatres anticipent que les IMAO seront inefficaces, ils mettent en place une cure d'une de ces deux techniques. Cette éventualité peut être repoussée en majorant la dose des IMAO, au risque d'induire plus d'effets indésirables. Lorsqu'ils ont l'intention de débiter une cure mais qui n'est pas disponible dans l'immédiat, les IMAO peuvent constituer un traitement d'attente. Les psychiatres introduisent alors un IMAO en attendant la séquence suivante, quitte à ce que ça fonctionne et rende la cure caduque. D'une patiente qui devait avoir une cure d'ECT après de la kétamine qui n'avait pas produit suffisamment d'effets positifs, le CCA dit « On va peut-être tenter autre chose en attendant les sismo, car on a des patients dont les séances ont été repoussées. Elle n'est vraiment pas bien, il faut vraiment lui proposer quelque chose avant l'ECT. Donc on verra, soit clomipramine, soit IMAO. Et si elle va mieux, on n'aura peut-être pas besoin de la siser ».

Lorsque les IMAO sont prescrits après une cure d'ECT ou de kétamine, les psychiatres les décrivent comme la solution la plus efficace à long terme pour prévenir la rechute. Un IMAO prescrit avant la cure peut être repris après, voire ne pas être interrompu. Même s'ils considèrent que l'IMAO n'a pas été suffisant pour éviter une rechute, ils peuvent estimer qu'il avait une bonne efficacité au long cours. Dans cette situation, les psychiatres ajoutent fréquemment un autre médicament en plus des IMAO après la phase d'attaque. Ainsi, avant de commencer de la kétamine, la PH de l'hôpital de jour dit « on va proposer de la kétamine avec le Nardil et un relai par du lithium en plus du Nardil ».

Les IMAO peuvent enfin être prescrits après une cure lorsque l'état des patients reste préoccupant à long terme, c'est-à-dire que les psychiatres anticipent une rechute pouvant les mettre en danger. Le PH de l'hôpital de semaine dit ainsi au CCA de l'unité ouverte, à propos d'une patiente qu'il suivait en dehors de l'hôpital et qui était en cure d'ECT à la suite d'une tentative de suicide : « Je reste très inquiet. Et est-ce qu'on lui prescrit des IMAO ? Parce qu'elle est cognée. Mais elle est vachement améliorée sous ECT. Quand elle se déprime, elle se déprime et c'est au premier plan. Là, on a nettoyé ça par ECT. Mais tout peut basculer à nouveau ». Les IMAO sont synonymes de traitement de la pathologie sévère. Leur recours peut enfin être anticipé dès le début de la phase d'attaque. Ainsi, les psychiatres peuvent envisager l'enchaînement cure de kétamine-IMAO comme une option à part entière.

Lorsqu'ils prescrivent des IMAO, les psychiatres doivent gérer les conséquences possibles des contraintes qu'ils génèrent. L'introduction d'un traitement par IMAO nécessite souvent d'attendre : d'obtenir l'ATU, les comprimés, la fin du wash out, que le médicament produise ses premiers effets positifs. Ils peuvent redouter une dégradation de l'état des patients face à laquelle ils auraient peu de recours. Ils donnent alors des consignes de surveillance aux autres soignants. Ainsi, dans l'exemple suivant, un patient qui avait déjà tenté de se suicider plusieurs fois devait avoir du Parnate. Le CCA énonça en synthèse à l'ensemble de l'équipe, alors qu'ils commençaient la période de wash out : « On a arrêté l'Anafranil dimanche, il va y avoir 10 jours sans traitement pour pouvoir introduire des IMAO. Il faut surveiller une décompensation parce qu'il a déjà fait plusieurs tentatives de suicide ». Cette attente peut sembler longue aux soignants et aux patients. Ainsi, le CCA dit en synthèse « on attend l'efficacité du Parnate, c'est long, mais on a de bons résultats en général, ça va marcher ! Et c'est moins pire qu'au début ».

2.2.3 Arrêter un IMAO

Les psychiatres arrêtent un IMAO pour plusieurs raisons, soit parce qu'il n'est pas assez efficace, soit que les contraintes liées à leur prescription sont intenable. Tout d'abord, ils les interrompent s'ils considèrent qu'ils n'ont pas produit d'effet positif ou lorsque les patients rapportent trop d'effets indésirables. Cependant, lorsque le médicament est prescrit en dernier recours, ils ont tendance à vouloir les conserver le plus longtemps possible. Il est alors stoppé pour mener une cure d'ECT ou de kétamine quitte à reprendre ensuite. Il peut aussi être arrêté si les malades ne veulent plus venir à l'hôpital ou par le psychiatre traitant qui peut avoir des scrupules à se voir voler le patient qu'il suit parfois depuis longtemps. Ces derniers peuvent également ne plus prendre les IMAO car le régime n'est pas tenable sur le long terme ou parce qu'ils doivent recevoir des traitements pour une autre maladie, incompatibles avec les IMAO.

Le Marsilid constitue un cas particulier. Sa prescription a dû être interrompue lorsqu'il est entré en rupture de stock : temporairement puis définitivement. Cette rupture de stock peut continuer de poser des problèmes aux psychiatres plusieurs années après. En effet, il arrive que le Marsilid ait été la molécule la plus efficace dans certains cas, voire la dernière, depuis des années donc. Ils cherchent alors des traitements de substitution : un autre IMAO sélectif ou non, en reprendre un qui avait été efficace par le passé, combiner des médicaments pour « reconstituer » les effets du Marsilid, ou encore essayer des molécules inédites.

2.3 Communiquer aux patients leurs espoirs

Les psychiatres parlent des IMAO aux patients au cours des entretiens pendant leur visite hebdomadaire ou lors de ceux avec les membres de leur famille. Ils présentent aux malades en quoi il s'agit d'une prescription d'exception. En leur indiquant, ils leur communiquent déjà un certain espoir, celui qu'un traitement rarement utilisé pourrait être plus efficace. Ils leur expliquent les différentes contraintes associées à leur usage et notamment qu'ils devront venir les chercher à l'hôpital régulièrement et être suivis par un médecin du service en plus de leur psychiatre traitant. Par ailleurs, ils mettent souvent en avant le fait que la décision de les débiter soit le fruit d'une réflexion entre collègues.

Les contraintes liées aux IMAO contrarient parfois les malades qui peuvent alors ne pas donner ou retirer leur accord pour prendre cette classe thérapeutique, voire pour rester à l'hôpital. Les psychiatres tentent de les soutenir dans leurs efforts, de les convaincre en leur réexpliquant leur intérêt. Tout d'abord, les patients peuvent ne pas souhaiter les recevoir.

Certains sont effrayés de voir leur état se dégrader pendant la période de wash out. Ainsi, la PH de l'hôpital de jour dit en synthèse « monsieur L., [la kétamine] ne fonctionne pas terrible donc on va arrêter, lui la question c'est pourquoi pas les IMAO, mais il n'est pas chaud », l'interne dit « il ne veut pas du wash out. Peut-être plus tard », la PH « il faut lui dire que ce serait une solution profitable. Les IMAO fonctionnent très bien chez les obsessionnels. Quand il sera prêt, on reprendra ». Ils peuvent également être réticents à changer leur alimentation pour suivre le régime pauvre en tyramine. Lorsque le médicament tarde à être acheminé avec la procédure d'ATU, les patients s'impatientent et retirent parfois leur accord.

Les psychiatres leur communiquent également leurs espoirs en leur exposant leurs attentes. Ils parlent généralement des IMAO comme un des médicaments parmi les plus puissants qui existent. Ils indiquent alors que c'est un traitement des dépressions résistantes et donnent des chiffres issus de la littérature médicale concernant leurs taux d'efficacité. Ils peuvent aussi expliquer aux patients que les IMAO agissent sur les trois voies monoaminergiques et en particulier la dopamine, récepteur peu impliqué dans l'action d'autres antidépresseurs. Ils leur décrivent quels types de comportements sont associés à l'activité de la dopamine dans le cerveau. La fille d'une patiente demanda ainsi au CCA « pourquoi misez-vous tant d'espoir sur ce traitement ? ». Le CCA répond « parce qu'il n'a pas été utilisé avant donc il n'y a pas de résistance a priori sur cette molécule et c'est une grosse machine très efficace. On ne le donne pas en premier parce qu'il donne plus d'effets indésirables, mais il marche mieux. Et plusieurs classes de traitement sont sélectives sur un seul neurotransmetteur, lui non. C'est pour ça que je vous disais que c'était une grosse machine. Et il est indiqué dans les cas de résistance aux autres traitements, on a une efficacité dans 80 % des cas ». Comme pour la plupart des médicaments, le plus souvent les effets indésirables sont passés sous silence voire sont niés : « Si vous respectez le régime, c'est un des médicaments les plus sûrs » dit le CCA à une patiente.

Un thème récurrent apparaît dans le discours des psychiatres : c'est que les IMAO sont la molécule la plus adaptée à la dépression du patient. Ils peuvent ainsi relever une corrélation entre les variations de leur humeur et de la dose : « quand on diminue le traitement, vous allez moins bien et quand on l'augmente vous allez mieux » expliqua la PH de l'HDJ à un patient. Ils mobilisent cet argument du médicament qui leur convient le mieux pour les convaincre de le prendre. Cette rhétorique leur permet de justifier le fait d'avoir essayé d'autres molécules avant. Le CCA dit à une patiente « on va traiter la dépression avec des IMAO, c'est un traitement que vous n'avez jamais eu. Pourquoi on fait ça ? Vous avez réellement une dépression, on a essayé plusieurs classes d'antidépresseurs. Il faut bien adapter l'antidépresseur

au type de dépression que vous avez. Le problème c'est qu'on ne peut pas savoir par avance lequel marchera et c'est pour ça qu'on en a essayé plusieurs ». La personnalisation du traitement par IMAO est fréquemment rappelée aux malades par des énoncés du type « c'est le traitement de votre dépression ». Cette personnalisation contraste avec le fait qu'en réalité les IMAO sont prescrits dans des situations où les psychiatres n'ont pas tellement le choix d'autres options thérapeutiques.

L'intérêt des IMAO dans les dépressions résistantes est donc double. D'une part, ils ouvrent l'espoir que cette classe permette d'améliorer les patients de façon inédite et notamment sur le long cours. D'autre part, les difficultés à organiser leur administration conduisent les psychiatres à leur porter une attention toute particulière. Ils symbolisent à la fois les espoirs d'un traitement miracle et les angoisses du dernier recours. Par son caractère expérimental, bien que différemment, la kétamine a cristallisé des questionnements proches.

3. Les difficultés à faire advenir une révolution thérapeutique annoncée : le miracle des perfusions de kétamine

Lors de mon enquête de terrain, j'ai assisté à l'implantation locale de perfusions de kétamine. Celle-ci avait débuté quelques années avant mon arrivée. Au milieu des années 2010, le chef d'un service partenaire prend connaissance de son usage à l'étranger et commence à utiliser la molécule dans son service. Le chef de la Charité en fait rapidement de même : s'amorce une phase de préparation au cours de laquelle ils passent en revue la littérature sur le sujet et publient une méta-analyse. À la Charité, les premiers essais ont lieu en salle de réveil afin de s'assurer de l'innocuité de la procédure et pour apprendre à manier la molécule. L'année précédant ma venue, les perfusions sont menées dans les chambres des patients dans les unités d'hospitalisation ouvertes et fermées du service. À mon arrivée, une psychiatre met sur pied la même activité, mais en ambulatoire au sein de l'hôpital de jour thérapeutique du service. Alors que la technique était pratiquée sur un nombre restreint de personnes et sur des perfusions uniques, elle est ouverte à plus de malades et pour des cures plus longues.

La kétamine a été un traitement de dernier recours à plusieurs égards au cours de son développement. Au début des expérimentations, la molécule n'est réservée qu'à quelques patients ayant des dépressions graves. En effet, à ce stade, les psychiatres cherchent à se prouver à eux-mêmes que la procédure fonctionne et tentent d'éviter les situations où elle ne produit rien. Son caractère miraculeux résulte de l'application locale de données issues de la recherche fondamentale et clinique. C'est l'émerveillement de la découverte thérapeutique. Le

médicament est alors utilisé en dernier recours dans le sens où peu de patients peuvent en bénéficier. Une fois que ces psychiatres ont été persuadés de son efficacité, ils l'administrent à plus de patients. Les connaissances dégagées à partir de cas individuels doivent être systématisées et partagées collectivement. Dans certaines situations, la molécule n'est plus efficace à tous les coups, comme quand elle était utilisée à but expérimental. On espère que le miracle aura lieu. La kétamine devient dans ce cas un traitement de dernier recours dans le sens d'un dernier espoir. Celui-ci s'appuie essentiellement sur le fait que le composé est nouveau et encore à un stade expérimental. Je montre ainsi comment les usages des perfusions ont varié au cours de ce développement, et comment les psychiatres ont façonné l'idée d'un traitement miracle : en lui trouvant une place par rapport aux autres techniques, en modelant l'expérience des patients lors des perfusions, et en construisant collectivement les effets des cures.

3.1 Un contexte expérimental

L'usage des perfusions en psychiatrie est nouveau et se fait en dehors des indications de l'AMM délivrée par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Aussi son implantation nécessite de mener un ensemble d'expérimentations pratiques que j'ai décrites en détail dans le chapitre 5.

Dès les premiers essais du médicament dans le service, les psychiatres quantifient ses effets par des échelles standardisées. Cette démarche poursuit deux buts : communiquer leurs résultats lors des synthèses hebdomadaires de l'unité, et les publier. Les psychiatres travaillent alors à la publication d'un article de neurosciences visant à montrer les effets de la molécule sur certaines facultés cognitives⁵³⁶. L'effet antidépresseur est suivi par l'échelle de Montgomery et Asberg (*Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* ou MADRS) qui est une des échelles de référence des essais cliniques testant l'efficacité des antidépresseurs, aux côtés de l'échelle d'Hamilton, depuis les années 1970⁵³⁷. Les psychiatres font passer la MADRS avant et après chaque perfusion puis après une cure de plusieurs perfusions. Les effets dissociatifs sont enregistrés à l'aide de la *Clinician-Administered Dissociative States Scale* (CADSS) qui est une échelle validée dans les années 1990 pour mesurer les états dissociatifs dans les troubles de stress post-traumatiques. Le protocole expérimental peut facilement être qualifié de

⁵³⁶ Je ne mentionne pas ces facultés cognitives pour préserver leur anonymat.

⁵³⁷ (Briffault, Martin, 2011 ; Worboys, 2013)

bricolage : il n'est pas défini à l'avance, mais créé au fur et à mesure de l'adaptation locale des usages de la molécule. De plus, ses effets ne sont pas comparés à un groupe contrôle.

3.2 Trouver une place pour mobiliser la kétamine

Lors des premiers essais de la kétamine dans le service, les psychiatres réussissent à reproduire les effets d'une perfusion sur quelques malades, tels que décrits dans la littérature médicale. Ils produisent une amélioration rapide de leur état, mais temporaire. Initialement, les psychiatres développent la molécule comme traitement permettant de diminuer rapidement la gravité de l'état des malades dans l'attente d'autres techniques plus efficaces. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'ils l'utilisent comme traitement plus efficace que les autres et lui attribuent une place dans les protocoles locaux. De la sorte, ils ont modifié leurs attentes à l'égard des perfusions et changé leur façon de les mobiliser. Ces différentes façons de concevoir leur efficacité ne se sont pas succédé, mais combinées.

En classant la kétamine parmi les solutions rapides, les psychiatres en font tout d'abord un traitement des situations urgentes et graves, dans lesquelles les malades peuvent se mettre en danger. Lors de mes premiers mois d'observation, avant leur réalisation à l'hôpital de jour, la molécule est utilisée à l'unité ouverte comme traitement d'attente, avant une cure d'ECT. Ainsi le CCA dit d'un patient « La kétamine, on va encore continuer pour diminuer la gravité de la symptomatologie en attendant de la place aux ECT. C'est un patient qui est assez sévère ». De même à l'hôpital de jour, les premières perfusions sont présentées en synthèse selon ce modèle de la réduction rapide de la gravité sans efficacité au long cours. Les psychiatres se mettent alors à pratiquer des perfusions pour réaliser des changements de molécule en ambulatoire. Ainsi, en synthèse, alors qu'une infirmière s'exclamait que l'état d'un patient s'était grandement amélioré, la PH de l'HDJ lui dit « Mais ça ne durera pas ! C'est un traitement qui permet d'attendre pour diminuer la gravité des symptômes et prescrire autre chose ». Lors des synthèses, les soignants décrivent ses effets avec le vocabulaire du miracle, de la magie, de la guérison, même très temporaire, ou encore du changement brutal. Ils opposent cette rapidité d'action aux traitements habituels, qui agissent généralement en plusieurs semaines.

Les psychiatres attribuent cette rapidité d'action aux propriétés biologiques de la molécule. Elles sont décrites dans la littérature médicale : la kétamine agit sur le système de neurotransmission du glutamate, système qui lui-même régule la neurotransmission des monoamines, réputées être impliquées dans la pathogenèse de la dépression. Ces mécanismes supposés sont mobilisés en synthèse dans des temps de discussion collective pour se figurer

pourquoi la technique fonctionne plus vite. La PH dit ainsi en synthèse à l'hôpital de jour « ça marche quasiment immédiatement. Mais c'est cohérent avec la physiopathologie. En fait, on passe directement par le système glutamatergique et on évite les deux semaines pendant lesquelles les monoamines sont régulées ».

Progressivement, les psychiatres en parlent comme d'un traitement non seulement plus rapide, mais aussi plus efficace que les autres. Ils tentent alors d'établir des stades de résistance à partir desquels il est raisonnable de les prescrire. La PH dit un jour à un autre médecin qui demandait des renseignements sur la kétamine « ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas répondu à du seropram qu'on va leur faire de la kétamine. La première indication c'est la dépression résistante, mais avec de bons critères ». Les psychiatres de l'hôpital de jour avec le concours du chef de service tentent de standardiser des séquences à utiliser avant ce composé. Ils établissent ainsi des stades de résistance formalisés à l'échelle locale, et déterminent que la kétamine peut être mobilisée après trois essais infructueux de traitements.

Leur conviction que ce traitement est très efficace sur les dépressions résistantes est telle qu'ils en font un traitement d'épreuve : si les patients réagissent au produit, c'est qu'ils ont une dépression. Ainsi, même une amélioration transitoire permet aux psychiatres de confirmer le diagnostic. Dans l'exemple suivant, l'interne présente à la PH les effets des perfusions sur un patient « monsieur B, il s'améliore sous kéta », la PH « ça dure ou c'est ponctuel ? » l'interne « non, il n'a eu qu'une séance et on a eu une amélioration pendant 3 jours », la PH « ça prouve que c'est thymique ».

La kétamine est souvent comparée à l'ECT par les psychiatres. Au cours de son adaptation, ils ont cherché à déterminer dans quelles situations utiliser l'une ou l'autre. En effet, pendant longtemps l'ECT a été décrite comme agissant rapidement, en particulier dans les formes de dépression grave, mais aussi plus efficace que les autres traitements, pouvant être utilisée dans les dépressions résistantes. Selon la plupart des psychiatres, la kétamine agit plus rapidement, n'entraîne pas autant d'inconfort que l'ECT et elle est plus simple à mettre en œuvre. Les mêmes espoirs avaient été nourris lors du développement de la rTMS avant que la technique soit écartée des stratégies de traitement des dépressions résistantes.

3.3 Parler de la kétamine aux patients

Que les perfusions soient pratiquées à l'hôpital de jour ou en hospitalisation complète, les psychiatres en parlent aux patients lors d'une consultation : de préadmission pour l'hôpital de jour ou d'une visite du CCA à l'unité ouverte. Les patients peuvent savoir qu'ils ont été

adressés à l'hôpital pour les réaliser, ou non. Les psychiatres cherchent à obtenir leur accord. Pour cela, ils leur communiquent leurs attentes et tentent d'ajuster celles des malades aux leurs. Ils les informent qu'ils les emploient dans des situations de dépression résistant aux traitements et qu'il s'agit d'un médicament plus efficace que les autres. Ils leur indiquent aussi que les effets attendus sont transitoires, mais que cela permet généralement aux patients de voir qu'il est possible que leur état s'améliore. Leurs effets peuvent également être décrits par le mécanisme d'action physiologique, même de façon minimale. Ainsi, l'assistante spécialisée dit en consultation de préadmission à une patiente « On fait de la kétamine quand les symptômes persistent dans le temps et que les traitements ne marchent pas assez. On peut avoir des effets bénéfiques, mais transitoires. C'est comme un booster, le cerveau décharge tout ce qu'il faut. Avec la kétamine, on fait l'expérience que l'on peut aller bien ».

Les psychiatres parlent rarement des effets dissociatifs qui auront lieu lors des perfusions, se concentrant principalement sur les effets globaux sur leur état de dépression. C'est généralement l'interne, juste avant les séances, qui décrit aux patients qu'ils vont en faire l'expérience. Ces derniers rapportent fréquemment leurs inquiétudes de développer une addiction à la substance, ce à quoi les psychiatres répondent en distinguant clairement l'usage de la kétamine comme traitement et comme drogue. Ils ne parlent que rarement des autres risques du produit. Ils leur expliquent cependant qu'ils vont réaliser des examens complémentaires pour vérifier l'absence de contre-indication. Ils leur donnent alors une lettre d'information sur le déroulement des séances et de la cure, un calendrier récapitulant les jours de perfusion lorsqu'ils les réalisent à l'hôpital de jour. Ils leur font également signer une feuille de consentement pour l'inclusion dans les protocoles thérapeutiques.

Les patients peuvent cependant être en désaccord avec le fait de recevoir des perfusions de kétamine. Comme je l'ai dit, ils peuvent décrire leur crainte de se voir administrer une molécule qui provoque des hallucinations. Les malades disent parfois qu'ils ne voient pas l'intérêt d'un traitement à l'efficacité transitoire. Malgré les explications des médecins sur son pouvoir de potentialisation des effets des autres médicaments, certains d'entre eux continuent à se montrer sceptiques. Ainsi dans l'exemple suivant, une patiente dit au CCA de l'unité ouverte « donc ça ne sert à rien dans la durée », le CCA répondit « non, mais ça sert à gagner du terrain pour améliorer ensuite la dépression », la patiente « d'accord, mais comment vous allez me soigner alors ? », le CCA « après on vous introduira un nouveau traitement pour maintenir les effets de la kétamine ». Cependant, a posteriori, certains d'entre eux affirment qu'ils n'ont jamais retrouvé le même état que lors des perfusions. Dans l'extrait suivant,

l'absence d'effet au long cours conduit le malade à refuser de continuer la cure. Le désaccord avec le médecin porte sur le sens donné au résultat des séances :

Patient « Pendant les séances de kétamine, j'oubliais mes douleurs, mes soucis, mais dès la fin, ça revenait. C'est comme après une cuite. »

CCA « Le but c'est de vous aider à vous détacher de ces idées. »

P « Je n'y crois pas, plus dure est la chute. »

CCA « Chez vous, ça n'a pas duré, mais ça vous a apaisé. Vous n'êtes pas guéri, mais c'est un seuil pour que les médicaments soient plus efficaces ».

La déception peut être telle que les patients demandent leur sortie. Ainsi, l'un d'eux, pour qui les médecins plaçaient beaucoup d'espoir dans ce traitement, n'avait pas été amélioré durablement et n'était jamais rentré de permission.

3.4 Guider l'expérience des perfusions

Les perfusions de kétamine sont menées au cours de séances pendant lesquelles infirmières et internes accompagnent les patients. Ces soignants guident ainsi l'expérience des kétamines. Il y a un double enjeu : marquer une rupture avec l'expérience de la maladie et en même temps assurer une certaine continuité dans l'expérience d'être soi. Dans cette section, je décris le déroulement d'une perfusion à l'hôpital de jour thérapeutique. Dans les unités d'hospitalisation complète, la procédure est la même, mais l'accompagnement par l'infirmière et l'interne est minime.

Les soignants se divisent les tâches de la manière suivante. La PH ou l'assistante prescrivent les séances et en gèrent le planning, consultant parfois les infirmières pour connaître leur plus ou moins grande disponibilité. Les infirmières mènent le travail sur les machines, le travail de sécurité ainsi qu'un travail émotionnel avant et après les perfusions. Ce sont elles également qui pratiquent les examens complémentaires du bilan pré thérapeutique : l'électrocardiogramme et le bilan sanguin. Un interne accompagne le déroulement des séances. Contrairement aux séances d'ECT, les patients ont toujours vu au moins une fois l'infirmière et l'interne avant la perfusion, la plupart du temps au cours de l'entretien de préadmission à l'hôpital de jour. De même, le suivi de ces patients à l'HDJ est assuré par les mêmes personnes qui ont administré les perfusions.

Les malades sont préparés physiquement et mentalement avant les perfusions. Les soignants leur prédisent l'effet qu'elles auront sur eux. C'est à la fois une stratégie pour les accompagner, mais aussi pour potentialiser leurs effets. Les malades arrivent à l'hôpital de jour

à jeun, avant les autres. L'interne et l'infirmière accueillent les patients, généralement dans le bureau de l'interne, et font le point avec eux. Si c'est la première perfusion, ils leur demandent comment ils se sentent, les rassurent, leur décrivent les effets qu'ils vont pouvoir expérimenter. L'interne dit ainsi à un patient « vous allez vous sentir décoller petit à petit et ensuite vous aurez des distorsions sensorielles ». Ils leur expliquent cependant bien que les effets dissociatifs ne durent pas « les effets de la perfusion seront au maximum environ 20 minutes après le début, ensuite vous allez progressivement redescendre dans l'heure qui suit la perfusion ». La description des effets reste souvent assez vague. Si les patients en ont déjà eu, ils leur demandent comment ils vont depuis la dernière fois : s'ils ont ressenti des effets gênants et s'ils se sentent moins déprimés. Les patients peuvent exprimer se sentir mieux ou encore confier un certain désespoir « la dernière semaine a été difficile et l'espoir de guérir s'est amoindri », conduisant alors l'interne à mener un entretien plus long. L'interne leur fait passer la MADRS. Les soignants leur demandent de se mettre dans de bonnes dispositions psychologiques pour accueillir les effets de la séance, en se détendant par exemple. L'infirmière ou l'interne peuvent même donner des exercices de relaxation, dont le déroulement a préalablement été formalisé par la PH de l'hôpital de jour. Initialement, l'infirmière le fait lorsqu'elle sent les patients stressés. Cette pratique devient ensuite presque systématique et s'étend aux unités ouvertes et fermées. Les soignants les invitent à être attentifs à leurs perceptions, à leurs pensées, et au sens qu'ils vont y donner : « il ne faut pas lutter contre la sensation. Vous allez m'expliquer comment vous vous sentirez pendant la perfusion ». Les soignants mettent alors les patients dans une ambiance centrée sur les perfusions.

Les soignants mènent les perfusions dans une pièce jouxtant le poste de soin. Contrairement aux séances d'ECT, les malades n'ont pas à être transportés et le traitement est réalisé par l'équipe de psychiatrie elle-même. Dans cette pièce se trouve une paillasse avec un évier et du matériel pour préparer des médicaments. Les patients s'allongent sur un brancard placé au milieu de cette pièce. L'infirmière présente ce jour-là dispose des électrodes sur le torse des patients, qui sont reliées à un « scope » affichant le tracé ECG pendant toute la durée des perfusions. Elle place également un brassard et un saturomètre sur le bras et un des doigts du patient, qui sont reliés à une machine indiquant régulièrement la tension artérielle, la fréquence cardiaque et la saturation en oxygène. Ces machines sont réglées pour émettre le moins de sons possible pour ne pas déranger les patients. L'infirmière pose ensuite un cathéter à perfusion au bras des patients, relié à du sérum physiologique dans une poche suspendue au-dessus du lit. Avant l'arrivée des patients, les infirmières ont préparé la seringue de kétamine : elles doivent aller chercher le produit qui est stocké dans une armoire à pharmacie dédiée aux

médicaments classés stupéfiants qui est fermée à clé, inscrire sur un registre la quantité de produit qu'elles ont pris et diluer le produit dans du sérum physiologique dans une seringue. Devant le patient, elles relient la seringue aux tubulures de la perfusion et la posent sur un pousse-seringue électrique. Elles règlent alors le débit d'administration du produit qui est délivré en continu pendant 40 minutes. Comme en salle de réveil pour les séances d'ECT les fonctions vitales des patients sont rendues visibles par des capteurs. Ce sont principalement les infirmières qui les surveillent. À la différence des séances d'ECT, elles ne restent pas auprès des malades pendant toute la durée de la perfusion. Elles vont et viennent dans la pièce, vérifier que tout va bien, tout en réalisant simultanément d'autres tâches. Le travail de sécurité est prévu pour être minimal et discontinu.

La pièce, d'ordinaire vivement éclairée, est alors plongée dans une semi-obscurité : les volets sont fermés et les lampes au plafond allumées à l'intensité lumineuse la plus basse. Lorsque l'infirmière et l'interne vont voir les patients pendant les perfusions, ils leur parlent à voix très basse. Il n'est pas rare que dans le poste de soin voisin, les infirmières demandent aux personnes présentes de faire moins de bruit afin de ne pas déranger les patients. Ce sont les seules précautions que doivent observer les soignants. Stefan Hirschauer⁵³⁸ rapporte que les anesthésistes parlent généralement plus fort aux patients qui vont être endormis au bloc opératoire, considérant qu'ils sont alors en train de disparaître le temps de l'intervention chirurgicale. Ici, au contraire, les membres de l'équipe tentent de ne pas perturber le cours d'une expérience constituée par des perceptions en excès. Contrairement au bloc opératoire où les chirurgiens doivent observer des règles d'asepsie pour éviter la contamination du corps des patients par des micro-organismes, les précautions sont ici différentes. Les soignants semblent plutôt respecter des règles « d'asepsie » sensorielle qui visent à ne pas contaminer l'expérience de la perfusion par des sensations parasites. Ils s'assurent que les patients ne peuvent attribuer les variations de leurs perceptions qu'aux effets du produit. Cette expérience purifiée des interférences venant de l'extérieur est, selon les psychiatres, la garantie d'une séance efficace.

L'interne vient tous les quarts d'heure échanger avec les patients pendant les perfusions. Il leur demande ce qu'ils ressentent au début. Les patients peuvent soit dire d'eux même « j'ai l'impression que ça commence à monter » ou « ce sont à peu près les mêmes effets que la dernière fois ». Il existe ainsi un certain apprentissage de l'effet des perfusions, induit en partie par leurs échanges avec les psychiatres. Après plusieurs dizaines de minutes, l'interne s'attend à ce que les malades expérimentent les effets de la perfusion au plus fort. Il peut alors faire des

⁵³⁸ (Hirschauer, 1991)

suggestions comme « avez-vous l'impression que vos membres sont plus lourds ? », « est-ce que vous avez l'impression de sortir de votre corps ? » ou « est-ce que vous avez l'impression que le temps s'étire ? ». Ces questions sont directement inspirées de la CADSS. Les patients peuvent ainsi décrire leurs sensations : visuelles « j'ai des visions blanches, je vois du rose », décrire la perception de leur corps « je me sens aplati, je m'allonge à l'infini », leur perception du temps et de l'espace « le temps est suspendu. Je suis ici et ailleurs ». L'interne leur demande alors fréquemment de revenir sur leurs soucis habituels « vous pouvez me décrire votre vie en ce moment ? ». Un patient dit ainsi, la mâchoire engourdie, mais d'un air tout à fait détaché « elle est nulle, je suis seul. Les gens me disent, tu as de la chance, mais ce sont des conneries. Vivre c'est souffrir, mourir c'est souffrir ». Les psychiatres traitent les sensations et les pensées sur un même plan, c'est-à-dire comme une expérience induite par la kétamine.

L'interne retourne voir les patients une heure environ après la fin de la perfusion. Il leur demande de décrire de nouveau les sensations et les pensées qu'ils ont eues. Un patient lui dit « je n'ai pas eu de pensées négatives » puis se reprenant « enfin si, mais elles paraissaient flotter dans mon esprit, c'est comme si elles n'avaient aucune importance ». Les sensations et les pensées sont ainsi considérées par les psychiatres et les patients comme éléments constitutifs d'une expérience particulière, séparée du cours habituel de ce qui est vécu. En tant que telles, sensations et pensées sont travaillées comme des objets extérieurs aux patients, qui ne leur appartiennent pas en propre. L'interne utilise généralement cette description de leur expérience pour prédire une amélioration de leur état. Ainsi il dit à un patient qui lui confirmait qu'il se sentait apaisé « eh bien, vous voyez, là, l'effet de la perfusion va durer encore quelques jours, les régions de votre cerveau qui ont été activées vont le rester ». L'interne se sert de l'état obtenu grâce à la perfusion pour montrer aux patients l'état dans lequel ils pourraient être dans le futur. Pour décrire ces effets à plus long terme, il s'aide de son expérience des perfusions sur d'autres patients, de la littérature biomédicale et des connaissances supposées sur le mécanisme d'action du traitement, ici exprimées au patient en termes de modifications de l'activation cérébrale. À la fin des perfusions, les patients restent isolés pendant un temps des autres malades. L'infirmière leur apporte à manger et leur demande de nouveau si tout s'est bien passé, les rassure s'ils sont toujours inquiets de la suite. Ils ne peuvent rejoindre les autres patients, ou rentrer chez eux que lorsque les soignants considèrent que leurs fonctions vitales sont stables et qu'ils ont retrouvé leur état habituel.

C'est donc la création d'une expérience nouvelle qui est recherchée. Les perfusions sont une nouvelle manière de travailler l'expérience en psychiatrie. Cette expérience est accompagnée par les psychiatres : ils posent des questions qui structurent cette expérience. Tout

comme les groupes d'usagers de drogues décrits par Howard Becker⁵³⁹, les personnes qui encadrent la prise de substances psychoactives tendent à normaliser l'expérience qui devient désirable, partagée culturellement et non effrayante. Elles participent à définir les effets typiques, leur cours normal, la permanence ou le caractère temporaire de leurs effets et la façon de les gérer. Les soignants, et en particulier les psychiatres, jouent un rôle dans l'encadrement de cette expérience et son contenu même. Ils assurent également la mise en relation des expériences des patients d'une perfusion à l'autre. Les psychiatres, et dans une moindre mesure les infirmières, font le lien avec le reste du travail qui est mené à l'hôpital de jour avec les autres soignants, en rapportant les effets décrits par les patients en synthèse. Psychiatres et patients reviennent également sur le déroulement des perfusions en entretien. Ainsi, contrairement à l'ECT, le contenu des séances est exploré, travaillé et exporté dans d'autres espaces que celui de la réalisation des séances.

3.5 Partager collectivement les effets des perfusions

Les soignants de l'hôpital de jour parlent des effets des perfusions principalement en synthèse. Contrairement aux autres techniques, ils échangent souvent à propos de ceux qui émergent lors des perfusions. Ils peuvent ainsi dire « elle a bien décollé » ou « ça ne lui a pas fait grand-chose ». Ils peuvent décrire des effets désagréables, ce qui n'est pas nécessairement compris comme une absence d'efficacité. Ils s'attendent à ce que les patients décrivent les sensations qu'ils ont eues lors des perfusions. S'ils se montrent évasifs ou si les soignants relèvent des discordances entre ce que les patients rapportent et leurs observations, ils peuvent les suspecter de dissimuler les effets des perfusions. Un interne rapporta en synthèse qu'un patient ne ressentait aucun effet dissociatif. L'infirmière répondit « mais il s'endort pendant les perfusions. Et quand même la dernière fois il disait que c'était agréable ». La place des patients dans la construction des effets des perfusions est ainsi ambiguë : si leur description des effets ressentis est nécessaire, elle n'est pas suffisante et toujours sujet à caution.

Les synthèses sont également des moments où les soignants, et notamment les psychiatres, définissent des effets aux perfusions de kétamine de façon plus générale que pour des patients en particulier. Ils agrègent leurs connaissances au sujet des patients pour en faire un savoir de portée plus générale. Le passage des connaissances particulières à un savoir généralisable leur permet ensuite de guider le suivi du traitement pour d'autres patients. Ils

⁵³⁹ (Becker, 1967, 1985)

discutent les effets des perfusions et ceux des cures. Du fait du caractère expérimental de la procédure, ces effets sont, beaucoup plus fréquemment qu'avec d'autres traitements, exprimés grâce aux scores des échelles. Les médecins tiennent en effet ce double rôle de médecin-clinicien et de médecin-chercheur. Ces deux dimensions de leur travail se mêlent dans la détermination des effets et leur enthousiasme concernant cette découverte thérapeutique affecte les espoirs qu'ils ont de soigner des patients individuellement. Ces échelles sont alors administrées de façon systématique pour pouvoir quantifier ces effets et les publier dans une revue médicale.

Les effets dits dissociatifs des perfusions sont exprimés de deux manières : avec une échelle, la CADSS, et en comparant les effets des perfusions à d'autres états pathologiques déjà connus. L'enjeu de caractériser ce qui se passe lors des perfusions est de définir ce qu'est une expérience normale et anormale. La CADSS a initialement été développée pour évaluer les symptômes dissociatifs liés à l'anxiété, sans prise de psychotropes. Les psychiatres ont choisi d'utiliser cette échelle du fait de la proximité supposée entre l'état de dissociation observé dans certaines pathologies (anxiété, état de stress post-traumatique par exemple) et celui induit par les perfusions de kétamine. Cependant, au cours de l'utilisation du produit, ils affinent leur description des effets des séances en les comparant à d'autres états pathologiques. Le chef de service dit par exemple en synthèse « il y a un effet d'élévation de l'humeur », superposant les effets de la perfusion sur les symptômes de manie, ou encore « ils deviennent très suggestibles », en faisant allusion à l'hystérie. L'interne dit également que les perfusions conduisent les patients à décrire les choses qui d'ordinaire les préoccupent « de façon désaffectivée », c'est-à-dire sans émotion.

Les soignants échangent également sur les effets à moyen terme des perfusions. L'enjeu est d'inscrire les effets de perfusions isolées dans la conduite d'une cure et, plus généralement, dans la gestion de maladies chroniques. Ces effets à long terme sont exprimés dans un langage proche de celui des autres antidépresseurs, mais également avec la MADRS, une échelle classique de mesure des symptômes dépressifs. Les scores de la MADRS sont fréquemment donnés avec une description qualitative de l'état des patients « La MADRS descend à chaque fois, elle est passée de 30 à 10. Elle est beaucoup mieux. Et elle est moins excitée, plus détendue ».

En décrivant l'évolution de l'état des patients par des chiffres, les psychiatres renforcent l'impression d'un traitement miraculeux. L'interne dit d'un des premiers patients traités par kétamine « Lui, il est passé de 29 à 4 [à la MADRS] », ce qui suscite l'émerveillement de tous les soignants présents en synthèse, qui, parlant tous ensemble, s'exclament « mais c'est

magique », ou encore « c'est vraiment incroyable ». Les membres de l'équipe peuvent mettre en avant ces effets bénéfiques pour contrebalancer les sensations désagréables décrites par les patients. La PH dit ainsi en synthèse « il a dit qu'à 0,75 mg l'anxiété était plus forte. Mais il m'a dit qu'il avait eu plus d'énergie ce weekend, il faut insister sur les améliorations ». Les soignants ont également dû apprendre à déterminer si l'évolution de l'état d'un patient suivait un cours routinier ou non. Pour cela, ils peuvent tenter de superposer l'évolution habituelle après d'autres traitements, ou encore comparer entre eux les patients traités par Kétamine. Ainsi l'assistante spécialisée dit d'une patiente « elle ne dit pas que la Kéta n'a pas marché, mais elle dit qu'elle n'est pas mieux à la maison », PH « monsieur G., il s'est d'abord amélioré ici puis à la maison. Il faut attendre encore un peu avant de statuer ».

Au gré de leurs expérimentations, les psychiatres donnent différentes places aux perfusions de kétamine et à leur caractère miraculeux. D'abord considérée comme un traitement rapidement actif, la technique est initialement gardée pour les patients ayant le plus de chance d'y répondre. Elle est ensuite généralisée à des situations de maladie de plus en plus complexe alors que les psychiatres se convainquent de sa grande efficacité. Dans ces situations de dernier recours, ils conduisent les malades à partager leur enthousiasme à l'égard de ce composé miracle. La révolution thérapeutique ne saurait advenir qu'au prix d'une entreprise de conversion des esprits, ceux des patients, des soignants et de leurs collègues psychiatres.

Conclusion du chapitre 8 :

L'usage des traitements de dernier recours fait jouer deux logiques que l'on avait identifiées dans les discours de promotion de ces techniques : celle de la plus grande efficacité et celle d'un surplus de contrainte. Dans la pratique, ces deux logiques sont entremêlées et façonnent le travail de trajectoire de maladies complexes et difficiles à gérer. Elles agissent pourtant à des niveaux différents du traitement à condition de le décrire comme un processus : les plus grandes contraintes concernent l'administration des techniques, et la plus grande efficacité, la conduite plus globale des cures. Le recours à ces techniques peut ainsi être repoussé du fait de difficultés à organiser leur administration ou alors pour les garder en réserve. Finalement, les psychiatres, et les patients peuvent se résigner à les mobiliser et organiser leur administration en dépit des contraintes. Ils s'attendent alors, et font tout pour que cela advienne, à ce qu'un miracle se produise, c'est-à-dire que le traitement donne les effets qu'aucun autre n'avait eus jusqu'alors. L'enjeu pour les traitements de dernier recours est ainsi d'organiser la

survenue d'un miracle. Dans le chapitre suivant, je montre plus précisément selon quelles logiques ceux-ci sont mobilisés et dans quelles situations de maladie.

Chapitre 9 : La phase de traitement de la résistance ou les paris sans fin de la dernière chance

À la fin des années 1980, les artisans de la dépression résistant aux traitements problématifisent les questions relatives au jugement psychiatrique et aux interventions thérapeutiques dans deux directions opposées. Ces positions font une promotion différente des traitements de derniers recours et ont des points de vue contrastés sur les risques qui y sont associés. Ces travaux témoignent pourtant tous d'un souci grandissant pour l'usage adéquat de techniques dont les conséquences potentiellement néfastes posent question. Ils sont contemporains de l'émergence d'une nouvelle phase au sein des trajectoires de dépression, celle du traitement des dépressions résistantes. Ce chapitre vise à en analyser les principales dimensions.

Cette phase, que j'appellerai également phase de traitement de la résistance pour simplifier, commence lorsqu'un médecin se prépare à prendre la décision qu'il faut agir et opter pour une technique de dernier recours. Une telle définition de la phase laisse apparaître de nouvelles interrogations : comment les psychiatres prennent-ils ces décisions ? Selon quelle temporalité ? Que visent-ils comme état futur pour les patients et comment imaginent-ils gérer la maladie au long cours ? Comment justifient-ils la prise de risque et avec quels enjeux moraux ?

En dehors de la psychiatrie, des questionnements similaires ont trouvé un écho particulier dans des travaux s'intéressant à la réanimation cardio-respiratoire et à la mort. Stefan Timmermans, dans son enquête sur la mort subite, propose de déconstruire ce qu'il appelle le « mythe de la mort subite »⁵⁴⁰. Celui-ci présente la mort comme un état réversible. La mort réelle n'est décidée que lorsque l'ensemble du protocole de réanimation a été mené à son terme. L'idée que la mort est décidée est reprise par Sharon Kaufman, en particulier, elle montre comment on fait « avancer les choses » en contexte de mort prochaine et comment on attend celle-ci⁵⁴¹. « Attendre » la mort prend alors, selon elle, deux sens. Le premier rend possible le fait que les choses avancent, c'est une attente faite à la fois d'espoir et d'angoisse. Le second, au contraire, bloque le mouvement et les possibilités de se projeter. La gestion de la temporalité des interventions, Michael Nurok le montre dans le dernier chapitre de sa thèse, est également

⁵⁴⁰ (Timmermans, 1999)

⁵⁴¹ (Kaufman, 2005)

indispensable aux médecins devant décider s'ils vont réanimer un malade⁵⁴². Cette décision est déterminée par des aspects techniques autant que moraux, dans lesquels l'espoir qu'un miracle se produise occupe une place centrale. Il écrit ainsi « dans la mesure où il existe un espoir de miracle, les professionnels accepteront la souffrance — même s'ils devront en porter la responsabilité. De ce point de vue, la souffrance est considérée comme une expérience tolérée, si ce n'est nécessaire, pour la survie, de même que le sacrifice a été historiquement lié à la notion de salut »⁵⁴³.

Dans le cas de la dépression, à quelques exceptions près, l'horizon n'est pas la mort. Pour le dire autrement, l'échec de la dernière chance ne signe pas la fin de la trajectoire. Aussi, dans ce chapitre, je me demande comment les psychiatres conduisent les tâches inhérentes à la phase des traitements de la résistance. Dans celle-ci, l'enjeu est double : rouvrir une situation bloquée, la remettre en mouvement ; préparer la suite de la trajectoire, c'est-à-dire refaire des projections pour le futur. D'une part, repousser une situation de dépression chronique irréversible et, d'autre part, assurer aux patients une vie meilleure, qui vaille le coup d'être vécue. Pour être plus précis, l'après est présent au moment de décider de l'entrée dans la phase de la résistance. On décide de garder pour le futur certaines options, on retarde ou on en prépare l'usage, puis on y a enfin recours ou bien on espère ne pas en avoir besoin par la suite. Dans ce travail, la gestion du temps est centrale. En dernier recours, on définit une situation en crise, légitimant en cela de prendre tous les risques. En cas d'échec, on entre de nouveau dans une phase de résistance : ce sont les paris sans fin de la dernière chance.

Le premier temps de ce chapitre est dédié à l'analyse de l'entrée dans la phase des traitements de la résistance. Je rends compte à la fois du travail de définition de ce qui peut être considéré comme une dépression résistante et de la nécessité d'organiser l'usage des traitements de dernier recours. Dans un second temps je décris la façon dont les psychiatres conduisent la phase et y mettent fin. Ces tâches intègrent un double objectif à court et long terme. Je montre que celui-ci rend presque intenable la visée de donner aux patients une vie meilleure au profit de la rhétorique de la vie sauvée.

⁵⁴² (Nurok, 2007)

⁵⁴³ *Ibid.* p. 248

1. Entrer dans la phase de résistance

L'extrait de journal de terrain suivant transcrit une discussion entre le PH, le CCA, l'interne et une des infirmières de l'unité ouverte lors de la visite du PH. Ils et elles s'apprêtent à entrer dans la chambre d'une patiente qui leur a été adressée la veille par un hôpital de secteur voisin.

Interne « C'est une patiente de 53 ans qui nous est adressée pour exploration d'un trouble bipolaire, actuellement une dépression, elle a fait une TS par intoxication médicamenteuse volontaire il y a 2 ans. Ah oui... et il y a une consommation de cannabis. Depuis quelques mois on note une anhédonie, une aboulie, des troubles du sommeil. Elle est hospitalisée [sur son hôpital de secteur] au mois d'avril et avait été traitée par Xeroquel. Elle est sortie, car elle allait mieux, mais elle a fait une tentative de suicide par IMV ».

CCA « Oui, amélioration toute relative ! »

Interne « Elle a alors été hospitalisée à nouveau [sur son hôpital de secteur]. Pendant l'hospitalisation ils ont introduit de la fluoxétine et elle a été plus ou moins améliorée et elle est sortie de l'hôpital. Elle a été réhospitalisée au mois d'août et n'est pas ressortie depuis. Ils ont instauré du lithium, mais elle a fait un surdosage et ils l'ont envoyé aux urgences. Aux urgences, ils ont recommandé une surveillance. Il n'y avait aucun signe de gravité, la lithiémie intraérythrocytaire n'était qu'à 1,1... mais ils l'ont arrêté quand même ».

PH « oui, ils ont paniqué quoi ! Elle a eu combien de temps de lithium du coup ? »

Interne « Je ne sais pas, quelques semaines, deux mois maximum ».

PH « bon, mais à bonne dose quand même puisqu'elle a fait un surdosage ! »

Interne « oui, mais il n'y a pas eu d'évolution quoi. Ici cliniquement elle est triste, ralentie, pessimiste... »

PH « il y a des éléments psychotiques ? »

Interne « non »

PH « OK donc c'est un épisode dépressif majeur sévère sur un trouble bipolaire, résistant au lithium, au Xeroquel et aux IRS. Sur le plan somatique il n'y a rien de particulier ? Vous avez vu son bilan ? »

Interne « oui elle est assez dénutrie et il y a une insuffisance thyroïdienne centrale. Selon l'endocrinologue ça ne peut pas être un adénome de l'hypophyse parce qu'aucun autre axe n'est touché. »

PH « oui c'est classique sous Xeroquel les hypothyroïdies centrales. Bon quelles sont vos propositions ».

Interne « introduire du pramipexol, voir si elle le supporte et lui enlever le Xeroquel ».

PH « elle l'a depuis combien de temps ? »

Interne « mars ».

PH « oui donc c'est une résistance documentée ».

Infirmière « et pourquoi pas les ECT ? »

PH « oui la question se pose c'est certain »

Interne « ils se sont posé la question [sur son hôpital de secteur], mais elle a catégoriquement refusé. Elle est très fermée ».

PH « et son examen neuro il est comment ? Il n'y a pas un processus dégénératif ? »

Interne « il faut qu'on explore ça ».

PH « et ses symptômes dépressifs c'est quoi ? »

Interne « anhédonie, aboulie, perte d'envie surtout ».

PH « et les épisodes maniaques, c'est documenté ? »

Interne « oui le généraliste et le psychiatre l'ont vue maniaque. Il n'y a pas de doute là-dessus ».

PH « en revanche, à l'IRM vous allez peut-être tomber sur un cerveau de vasculaire. Dans ces cas-là on sait que les traitements marchent moins bien et moins vite. Elle a pu faire un AVC passé inaperçu, ça nous est déjà arrivé. Bon donc vous complétez le bilan et vous faites quoi, parce que le pramipexol ce n'est pas en monothérapie ! »

CCA « elle a eu des anticonvulsivants ? »

Interne « oui ».

PH « OK donc c'est vraiment une indication aux ECT ».

CCA « oui, il faut lui re proposer, ça se travaille ».

PH « bon à part ça on n'a pas beaucoup de possibilités curatives. Si on met du Lamictal, on l'introduit, mais après on l'envoie [sur son hôpital de secteur] sans attendre qu'elle s'améliore. Après, ça peut être bien de lui présenter comme ça

“si vous voulez que ça aille vite, il y a les ECT, sinon on a des médicaments qui prennent plus de temps et qui marchent moins bien” ».

Interne « Mais elle va te dire qu'elle n'est pas malade ». Ils et elles entrent dans la chambre de la patiente. (Extrait du journal de terrain).

Deux axes de questionnement se dégagent de cet échange : peut-on parler de dépression résistante dans ce cas précis ? Quel traitement débiter et selon quelle temporalité ? Cette section suit la façon dont s'ouvre la phase des traitements des dépressions résistantes à l'intersection de ces deux lignes de problématisation : définir les situations de résistance et construire un plan de traitement.

Ainsi, d'un côté, les psychiatres tentent de caractériser le plus précisément possible des situations de maladie. Comme dans l'exemple précédent, ils s'enquêtent de la fiabilité du diagnostic de dépression et cherchent d'autres facteurs pouvant expliquer l'absence de réponse : une maladie somatique, une mauvaise prescription ou des prises de médicaments inadéquates. J'avance que devant tant d'incertitudes, définir une dépression résistante revient à faire le pari qu'un traitement plus efficace, mais potentiellement plus risqué, pourra améliorer les choses. De l'autre côté, le mode d'entrée dans la phase dépend de la façon dont les traitements de dernier recours sont rendus mobilisables : lesquels ? Dans quel ordre ? Selon quelle temporalité ? À l'hôpital ou en ambulatoire ? Les discussions autour de telles techniques émanent bien sûr de l'évaluation de l'état des patients, mais aussi de leur inclinaison à donner leur accord pour leur réalisation, comme dans l'exemple précédent, ou d'autres facteurs liés à l'organisation du travail.

Plus largement, la phase de traitement des dépressions résistantes prend place dans des trajectoires de maladies psychiatriques évoluant sur le long cours. Ces trajectoires complexes sont le plus souvent immobiles, c'est-à-dire que les tentatives des psychiatres pour faire avancer la situation restent souvent sans effet, émaillées de moment où la situation dépasse les capacités de gestion en libéral. On entre dans cette phase plusieurs fois le long de ces trajectoires de maladie, qu'on peut qualifier de chroniques. La continuité du suivi est généralement assurée par un libéral ou en consultation par un médecin du service. À l'hôpital, cette phase peut être anticipée avant l'arrivée des patients, être décidée au début ou en cours d'hospitalisation. Lorsqu'ils sont adressés pour résistance aux médicaments, le plus souvent, les psychiatres du service se laissent du temps pour réévaluer la situation et initier le traitement de leur choix. Parfois, l'adresseur demande spécifiquement l'introduction d'une technique particulière. Dans les situations particulièrement graves, le traitement est décidé avant l'admission des malades. Les médecins du service peuvent solliciter le bilan pré thérapeutique en amont pour gagner du

temps. L'ouverture d'une telle phase peut également être décidée peu après l'arrivée des patients, après de premières évaluations, éventuellement après prescription de traitements d'attente, d'épreuve ou une fenêtre thérapeutique. Enfin, cette phase peut être ouverte, ou rouverte, en cours d'hospitalisation, après avoir constaté l'échec des traitements précédents.

J'analyse tout d'abord la structure du pari que constitue l'engagement dans la phase de traitement de la résistance. Je décris ensuite comment les psychiatres articulent leurs définitions des situations de maladie au mode de construction du traitement. Enfin, j'étudie les facteurs qui influencent leur mise en application et façonnent ainsi les trajectoires de maladie.

1.1 Définir la résistance : les paris de la dernière chance

La phase de traitement des dépressions résistantes s'ouvre lorsqu'un psychiatre identifie qu'il faut prendre la décision de mobiliser une ou plusieurs techniques de dernier recours. Cette décision s'apparente à un pari de la dernière chance. La notion de pari implique celles de risque et d'incertitude. En effet, avec le type d'intervention dont il est question ici, le risque de produire d'importants effets indésirables augmente. De même, dans ces situations d'échecs thérapeutiques répétés, la qualification des cas reste souvent incertaine et la probabilité de réussir à modifier l'état des patients devient de plus en plus mince. Les psychiatres expriment pourtant une forte conviction dans leur issue favorable, qu'ils communiquent aux patients et aux autres soignants.

1.1.1 Des dépressions bien diagnostiquées et correctement traitées

Les situations de dépressions résistantes correspondent à des maladies suffisamment comprises, mais insuffisamment traitées. « [on parle de dépression résistante] quand, à la fois on est sûr... enfin, on n'est jamais sûrs.... Mais a priori, la maladie est vraiment bien définie, et le traitement est bien adapté à la maladie caractérisée et que ça ne répond pas » (Entretien avec le chef de service). Les psychiatres doivent pouvoir affirmer que c'est la maladie qui résiste à un traitement bien prescrit, et non les patients. Ils supposent ainsi que c'est l'utilisation de techniques plus efficaces qui pourront améliorer la situation.

L'affirmation insistante de la certitude de la dépression sert de socle pour recourir à des techniques potentiellement plus puissantes. Ainsi, d'une patiente dont la dépression durait depuis trois ans, le CCA dit en synthèse « elle a fait plusieurs dépressions et là c'est une

dépression résistante depuis deux ans, mais avec une vraie dépression ». De plus, les comportements des patients doivent pouvoir être attribués à la maladie, et non à leur personnalité et encore moins à leur mauvaise volonté.

Les psychiatres évaluent également les effets des traitements antérieurs ainsi que le degré de résistance de la maladie. L'insuffisance des traitements passés ne doit pas pouvoir être imputable à une prescription inadéquate de la part du psychiatre traitant ni à prise erratique des médicaments par les patients. Ils peuvent ainsi énoncer directement l'absence d'effet d'une technique en particulier, généralement la dernière : « Il a eu des sismo qui n'ont pas été efficaces, d'où la kétamine ». Ceci peut également être exprimée par les psychiatres en pointant que l'état des patients est resté le même malgré plusieurs interventions, sans préciser lesquelles : « il a fait une première dépression en 1998, il a des récurrences tous les 18 mois. Il a eu plusieurs lignes de traitement qui n'ont rien changé ». Ils peuvent aussi parler de molécules qui ont marché dans le passé ne fonctionnent plus : l'interne de l'unité ouverte décrivait le cas d'un patient en synthèse et dit « il n'y a plus eu de traitement efficace depuis la rupture de stock de l'iproniazide (IMAO). Par ailleurs, le patient a arrêté ses traitements de lui-même en 2017 ce qui a entraîné une rechute en 2018 avec un échappement à des antidépresseurs qui avaient été efficaces quelques années auparavant. Le patient a été ré hospitalisé en janvier 2019, car il avait des idées suicidaires et une cure de perfusion de kétamine a été proposée ».

Enfin, l'absence de réponse ne doit pas pouvoir être attribuée à d'autres facteurs physiologiques, comme une maladie somatique surajoutée, des anomalies d'absorption ou de distribution des médicaments. Ces facteurs dits « de résistance » font l'objet d'enquêtes systématiques par les entretiens, des examens cliniques et complémentaires ou des demandes d'avis extérieurs. Les résultats de ces investigations peuvent tarder à arriver et sont parfois ambigus, ne permettant pas de trancher définitivement sur la nature de la résistance.

1.1.2 « J'avais la conviction qu'il allait se passer quelque chose » engager les paris de la dernière chance

Dans ses analyses sur la régulation de la profession médicale, E. Freidson, montre que les médecins valorisent l'expérience personnelle⁵⁴⁴. Il décrit une tendance à privilégier l'action à l'inaction, à minimiser les risques associés à ces actions ainsi que la foi dans l'efficacité future de celles-ci. De même, l'engagement dans le traitement d'une dépression résistante mobilise

⁵⁴⁴ (Freidson, 1988)

une forte croyance dans leur issue favorable de la part des médecins. Ils font un pari : celui que l'état des patients sera amélioré par une intervention supplémentaire. Ce saut dans l'engagement se fait dans une configuration émotionnelle particulière, marquée par l'incertitude des résultats à en attendre et par une pression pour que cela fonctionne. Les psychiatres expriment leur conviction dans une amélioration future par un optimisme ritualisé, pour convaincre les autres et eux-mêmes que le jeu en vaut la chandelle. Cela permet de passer outre certains risques, mais également d'aller plus loin dans le champ des possibles.

Le pari que font les psychiatres peut être présenté en deux temps. D'une part, c'est le pari que les manifestations pathologiques durent du fait de la persistance de la maladie comprise comme désordre biologique. Cette conception exclut l'influence d'autres facteurs tels que la personnalité, la volonté ou l'environnement des malades. D'autre part, c'est le pari que de nouveaux traitements agissant sur cette biologie malade pourront améliorer leur état, qu'ils pourront le rendre réversible. En somme, c'est le pari qu'un retour en arrière est possible moyennant une prise de risque. Je dis un pari parce que les psychiatres ne peuvent jamais apporter de preuve certaine que leur façon de définir la situation est la bonne. De plus, il peut être difficile de reconstituer l'historique exact des anciennes prescriptions, et ils doivent croire les malades sur parole lorsque ceux-ci leur disent qu'ils ont correctement pris leurs médicaments. Ils doivent avoir confiance dans leur propre jugement clinique, celui de leurs confrères et dans la bonne foi des patients. Le réseau de collègues joue un rôle central dans cet engagement. En outre, le respect de certaines règles d'interaction qui caractérise l'ordre sentimental du service est également primordial : il permet aux psychiatres de déterminer si les malades sont dignes de confiance et d'accéder à ces techniques.

La prescription de traitements de dernier recours est présentée par les psychiatres comme un pari de la dernière chance. Les psychiatres, pourrait-on dire, semblent jouer leur va-tout⁵⁴⁵ avec ces prescriptions, permettant de légitimer le recours à des interventions risquées. C'est vrai pour les risques à court terme inhérents aux traitements par séance : ils expliquent alors aux patients qu'ils devront supporter leur pénibilité le temps de la cure. Ça l'est également pour les effets indésirables à long terme. Ils indiquent aux patients qu'ils devront s'accommoder de certains effets gênants s'ils veulent rester dans un état stable ou leur demandent tout simplement de ne pas en parler pour se concentrer sur les effets positifs. En l'absence d'alternative thérapeutique, les psychiatres cherchent à gérer au mieux les effets indésirables.

⁵⁴⁵ C'est-à-dire « risquer sa dernière chance, risquer le tout pour le tout » <https://www.cnrtl.fr/definition/va-tout>

Ils tentent en sommes de rendre acceptable aux patients et à eux-mêmes ces risques en soulignant les bénéfices potentiels d'une nouvelle intervention thérapeutique.

La conviction qu'il va se passer quelque chose est un motif d'engagement dans la phase de traitement de la dépression résistante. Cette conviction est d'autant plus affirmée que l'issue des traitements est incertaine, du fait notamment de nombreux échecs thérapeutiques passés. Il s'agit d'une projection que la situation peut évoluer. L'assistante spécialisée me dit ainsi en entretien « Souvent, on ne sait pas vraiment ce qui va se passer. Par exemple avec madame B, tu vois, elle avait résisté à tout. Mais avec la cure d'ECT, moi j'avais la conviction qu'il allait se passer quelque chose, qu'on allait avancer. Ici, c'est l'antichambre de la dernière chance, si on n'y croit pas, qui va y croire ? » (Entretien avec l'assistante spécialisée).

La conviction porte sur le fait que la situation va avancer, qu'elle va de nouveau être gérable et non sur celui que la maladie sera guérie définitivement. Elle s'appuie sur une conception des dépressions caractérisée par une succession d'épisodes indépendants de maladie. Les maladies dépressives sont considérées par les psychiatres comme des pathologies chroniques en ce qu'elles évoluent par récurrences. Ils décrivent ainsi les épisodes de maladie comme autant de moments aigus, laissant plus ou moins de séquelles au long cours. Lorsqu'un épisode perdure, l'enjeu est d'éviter à tout prix de se retrouver dans une situation chronique irréversible. Au moment de mobiliser des techniques de dernier recours, les psychiatres constituent une situation en crise qui leur permet de se replacer dans un schéma symptômes-traitement-guérison. Dans l'extrait suivant, le chef de service s'exprime après la présentation d'un interne. Il s'agit d'un patient qui a été traité par des perfusions de kétamine, mais qui garde des symptômes assez importants. Il décrit que l'avenir se joue dans ce qui sera fait dans l'immédiat : alors que les chances d'amélioration s'amenuisent, il faut tout mettre en œuvre pour parvenir à une « guérison ». Une fois passé un cap, il est de nouveau possible de gérer la maladie au long cours.

« Mais ce n'est pas parce que l'épisode N est résistant que l'épisode N+1 est résistant. On ne juge pas sur une histoire, mais sur un épisode. Dans STAR*D plus on avance dans les bras, plus les taux de rémission sont faibles. C'est comme pour les cancers, plus l'épisode résiste, plus il va résister. La seule possibilité, c'est d'avoir un nouveau traitement plus efficace. S'il a fait un épisode sévère, c'est normal que ça traîne. Mais à long terme, ce n'est pas parce que ça dure qu'il va rechuter » (Extrait du journal de terrain).

Guérir l'épisode dépressif, pour les psychiatres ne veut pas dire guérir la maladie dépressive, mais obtenir sa stabilisation. Cette façon de définir les dépressions résistantes, qui morcelle la

maladie en épisodes indépendants les uns des autres, implique que toute amélioration remet les compteurs à zéro, renouvelant virtuellement la réserve des traitements disponibles.

Le second aspect concerne le fait que les modifications apportées peuvent être infimes, pourvu qu'elles redonnent prise sur la situation. Les projections des psychiatres sont généralement imprécises : les choses vont bouger, avancer. Dans les situations critiques, ils visent au minimum à réduire la sévérité de la maladie pour que la vie des patients ne soit plus en danger. Mais les objectifs peuvent être plus ambitieux et ils peuvent envisager de « guérir » l'épisode de maladie. Pour les situations immobiles, l'enjeu est de remettre les choses en mouvement, d'en dégager des éléments travaillables, d'ouvrir une brèche lorsque tout est bloqué. Lors d'une présentation de patient en réunion, l'interne décrit les effets d'une cure de kétamine. Ce qui lui importe, ce n'est pas tant la réduction des symptômes, mais le fait que la situation bouge.

«(Il présente sur un graphique les scores des échelles qu'il a fait passer à chaque perfusion et commente) il y a eu un effet rapide sur les ruminations. En revanche, à la MADRS, sur les fonctions hédoniques, cela a eu peu d'effet, et sur le pessimisme cela a agi tardivement. En conclusion, on peut dire que le patient n'a pas très bien répondu, mais il a bougé. Par exemple avant d'entrer à l'hôpital, il ne sortait presque plus de chez lui et après la cure, il a demandé à avoir une permission pour aller dans un bon restaurant ! » (Extrait du journal de terrain)

Tout changement est bon à prendre et redonne un peu de contrôle sur la situation. Les modifications obtenues sont ensuite utilisées pour les phases ultérieures de la trajectoire. En outre, ces changements minimes renforcent la conviction des psychiatres que c'était la bonne décision.

Cette foi dans l'efficacité future des interventions est exprimée par les psychiatres au travers d'un optimisme ritualisé. Talcott Parsons a, le premier, abordé cette question⁵⁴⁶. Il met l'accent sur le fait que l'incertitude et le fort intérêt émotionnel à diagnostiquer et traiter avec succès conduisent les médecins à agir avec des « pensées magiques ». Il parle ainsi d'optimisme ritualisé permet de mobiliser la foi des patients — et je rajouterais celle des médecins — dans le traitement⁵⁴⁷. Par ailleurs, et dans le sillage de T. Parsons, Renée Fox a montré à plusieurs reprises l'importance de cet optimisme ritualisé dans les services de médecine les plus confrontés à l'incertitude⁵⁴⁸.

⁵⁴⁶ (Parsons, 1951)

⁵⁴⁷ Daniel Moerman parle aussi d'optimisme enthousiaste (Moerman et al., 1979)

⁵⁴⁸ (Fox, 1959, 1980; Fox et al., 1988; Fox & Swazey, 1974)

Avec ces traitements, l'espoir de voir l'état des patients s'améliorer est renouvelé. Cette note d'espoir sert de levier pour remobiliser les soignants, les patients et leur famille, autour de la promesse d'une guérison. Aussi, les psychiatres énoncent fréquemment en synthèse, comme à eux-mêmes « ça va marcher » ou « on y croit ». Cet optimisme est communiqué aux autres soignants de l'équipe. Toujours en synthèse, une interne dit « le miracle du Parnate aura lieu » pour un patient chez lequel la plupart des traitements avaient été essayés. L'infirmière s'exclama « tu es optimiste ! » ce à quoi l'interne répondit « on ne peut pas faire autrement. Là, il est tellement déprimé qu'il ne se plaint même pas des troubles de la mémoire sous sismo. Il n'a conscience de rien ». Cet optimisme est communiqué aux patients et à leur famille en leur prédisant comment ils vont être. Ainsi, le CCA dit à un patient pour qui il introduisait un antidépresseur IMAO « vous allez vous retrouver comme avant. Donc là, on vous prescrit un traitement antidépresseur pour la dépression que vous avez depuis longtemps. C'est très efficace, je suis convaincu qu'on va y arriver ». Cette conviction et ces espoirs peuvent aussi être communiqués de nouveau lorsque les patients se découragent et demandent à arrêter une cure. L'expression de leur conviction permet aux médecins de mener une partie du travail sentimental garantissant l'engagement des malades.

Enfin, c'est le pari qu'on peut repousser le champ des possibles et ce à différents niveaux. À celui des cas individuels, les psychiatres projettent qu'une option thérapeutique non encore essayée puisse améliorer l'état des patients comme aucun autre traitement auparavant. Ils peuvent également imaginer que cette nouvelle technique permettra de surpasser l'état antérieur. Ensuite, à l'échelle de l'arsenal des techniques thérapeutiques, par des associations et des enchaînements de traitements inédits, les psychiatres anticipent qu'une amélioration impossible à prévoir puisse survenir. Enfin, à celle du dispositif, le caractère changeant des configurations de traitement, c'est-à-dire l'utilisation de certaines techniques, dans certains usages et au sein de certaines organisations, démultiplie les réserves d'options thérapeutiques. La phase de traitement de la résistance contribue à la dynamique de ce dispositif : de nouvelles configurations offrent des options inédites puis le recours à ces options conduit à façonner le dispositif et à le faire évoluer.

La définition de ces situations comme des maladies au diagnostic certain, mais insuffisamment, quoique correctement, traitées sert donc de socle à des prescriptions peu usuelles et de derniers recours. En dépit de risques plus importants, les psychiatres s'engagent dans cette phase avec optimisme. Cependant, ainsi que je le montre dans la prochaine section, ils ne construisent pas le plan de traitement de la même manière dans les différentes situations.

1.2 Décider d'une option thérapeutique

Outre le caractère résistant de la dépression, les psychiatres déterminent si la situation est immobile ou critique. Cela modifie à la fois le type de tâches à organiser, leur temporalité, mais aussi le climat émotionnel qui règne dans l'équipe au moment de prendre ces décisions. Selon la situation, critique ou immobile, je distingue deux modes de construction des traitements de la résistance, respectivement d'*attaque* et *incrémental*. Ces deux modes de construction permettent, si c'est nécessaire, d'arriver à prescrire des cures d'ECT ou de kétamine. Dans le mode incrémental, on y parvient progressivement, après échec des combinaisons de médicaments, en suivant des protocoles locaux. Il existe alors des degrés de résistance auxquels correspondent des interventions. Dans le mode d'attaque, on emploie d'emblée un dernier recours.

1.2.1 Situations immobiles et construction incrémentale

Dans l'extrait suivant, l'interne présente au chef de service le cas d'un patient présent depuis une dizaine de jours, adressé par son psychiatre traitant libéral pour traiter une dépression qui n'a pas été améliorée par quatre médicaments prescrits simultanément.

Interne « Monsieur J., c'est un patient qui a fait plusieurs épisodes dépressifs. Le dernier résiste à une quadrithérapie avec de l'anhédonie, une absence d'envie. Comme aucun traitement ne faisait d'effet, on fait une fenêtre thérapeutique. On s'est laissé dix jours pour évaluer la psychopathologie et voir s'il y avait un trouble de la personnalité sous-jacent. »

Chef de service « et il est comment cliniquement ? »

Interne « il y a une dimension qui prédomine, c'est le ralentissement. Il a une structure de personnalité fragile, il dépend beaucoup de son environnement. »

Chef de service « mais là, quand même, il y a une rupture dans son fonctionnement, c'est une vraie dépression. Et il a quand même eu plusieurs lignes [de traitement], il est assez résistant. Ce qu'on a défini en réunion la dernière fois c'est : d'abord les traitements classiques, ensuite rTMS ou Kétamine, et enfin en troisième ligne soit des IMAO, de la kéta ou des ECT.

Donc pour lui on peut essayer la kéta » (Extrait du journal de terrain).

Ce que décrit l'interne correspond à ce que j'ai nommé situations *immobiles* dans le chapitre 7. La résistance y est conçue comme un phénomène quantifiable, le patient étant qualifié « d'assez

résistant ». Cette façon de considérer les choses fait entrer l'usage d'un protocole qui échelonne différentes techniques thérapeutiques. Celui-ci a été élaboré localement et établi à partir d'une discussion collective entre médecins du service. Il s'agit plus de points de repère permettant d'harmoniser l'utilisation des traitements de dernier recours qu'un véritable guide pratique. Celui-ci est proche des algorithmes proposés dans les publications médicales, en particulier les méthodes dites de *staging*.

Définir la résistance immobile

Dans les situations de dépressions résistantes *immobiles*, la vie des patients n'est pas en danger, mais ceux-ci souffrent de la persistance des manifestations de la maladie malgré de nombreux essais de traitements. Alors que dans les situations critiques, l'absence d'efficacité des thérapeutiques classiques est projetée, ici elle est constatée et s'est déjà produite. En l'absence de danger, les psychiatres choisissent le moment de la décision de la prescription d'un dernier recours. Ils mettent en avant que la dépression a duré longtemps, que celle-ci a des conséquences sur la vie des patients, leur travail, leurs proches, voire compromet leur capacité à vivre seul. Dans les situations critiques, la crise est constituée comme s'imposant d'elle-même. Là, les psychiatres ajustent leur définition de la crise sur celle des patients, de leur famille et des autres professionnels. L'objectif est moins d'assurer un travail de sécurité que sur le confort, en réduisant au maximum les manifestations qui gênent les patients. Contrairement aux situations critiques où le climat émotionnel est principalement marqué par l'inquiétude, dans celles-ci, les personnes redoutent qu'aucune intervention ne permette de reprendre le contrôle sur la maladie. De plus, de nombreuses techniques ont été essayées et l'espoir que l'état des patients s'améliore s'amenuise. Ce moment est constitué comme une crise dans le sens où le traitement doit marcher sous peine d'être à court d'option thérapeutique.

Dans les situations immobiles, les psychiatres seniors organisent le renfort des évaluations des autres soignants. Ils leur demandent de prêter particulièrement attention aux comportements des patients pour en avoir une idée la plus précise possible. Ils invitent les internes à réinterroger les malades sur leur biographie, éventuellement aidés par les proches, ce qui pourrait modifier le diagnostic ou la compréhension de ce qui leur arrive. De plus, ils les incitent à reconstituer l'histoire des traitements de façon détaillée : ce qui a été prescrit, à quelle dose, pendant combien de temps, si les patients ont pris ces traitements, s'ils les ont bien tolérés

et l'effet que cela a eu sur leur état⁵⁴⁹. Outre les médicaments reçus avant l'arrivée dans le service, ce sont aussi les techniques déployées dans le service qui sont réexaminées : ils regardent le nombre d'ECT ou de perfusions de kétamine réalisées, leur efficacité, leurs effets immédiats... Cette enquête minutieuse est ensuite mobilisée pour donner du crédit aux décisions thérapeutiques, face aux patients, mais également à leurs confrères et sur les comptes rendus d'hospitalisation. Le CCA peut lui-même demander à rencontrer la famille, voire solliciter le chef de service pour venir évaluer les patients. Ces situations sont plus fréquemment discutées en groupe en particulier lorsque les médecins se réunissent une fois par semaine.

La construction incrémentale du traitement : avancer pas à pas

Le mode de construction du plan de traitement basé sur des protocoles qui échelonnent les techniques, je l'appelle *incrémental*. Il consiste à essayer plusieurs combinaisons de médicaments avant de recourir à une cure. Il est mobilisé lorsque les psychiatres estiment que la situation est immobile. Le temps entre la définition d'une situation en crise et l'usage des derniers recours est étiré au maximum. Les psychiatres avancent pas à pas, ajoutent ou substituent les molécules en réévaluant en permanence leurs effets. Plus ces prescriptions s'accumulent, plus la situation est qualifiée de résistante. Ils parlent de ces séquences comme autant d'étapes qui reprennent la notion de stades de résistance de la littérature médicale : « bon, la prochaine étape c'est la sismo » (extrait du journal de terrain). Les cures ne sont pas utilisées en début de maladie à la fois parce qu'elles produisent potentiellement plus d'effets indésirables, mais également pour pouvoir les garder en réserve en cas d'inefficacité des médicaments. Les nouvelles interventions sont légitimées par des motifs rationnels et font l'objet d'une démonstration, en énonçant tous les traitements que les patients ont reçus par le passé par exemple.

Lorsqu'un traitement fonctionne, il y a deux possibilités. Si c'est un médicament, il est prescrit au long cours aux patients et l'enjeu est de le maintenir malgré les désagréments causés par d'éventuels effets indésirables. Si c'est une cure, les psychiatres peuvent proposer des séances d'entretien pendant un temps plus ou moins long. J'ai montré dans le précédent chapitre que dans certaines situations, les ECT n'étaient jamais interrompues et poursuivies par des séances d'entretien. Cependant, la plupart du temps, les psychiatres prescrivent un médicament

⁵⁴⁹ Dans certains service cet historique des traitements est formalisé sous la forme d'un schéma nommé chimiogramme. Sur mon terrain, cependant, le terme était peu employé.

en relai, soit celui qui avait le mieux fonctionné par le passé soit une nouvelle association, un dosage plus fort, ou une molécule jamais utilisée chez ce malade. Les cures redonnent la possibilité de travailler avec des outils situés plus bas dans l'échelle du protocole. Lorsqu'un traitement ne marche pas, on passe à l'étape suivante. Si, pour reprendre leurs termes, « tout a été essayé », la stratégie consiste à attendre l'efficacité des derniers recours un peu plus longtemps.

1.2.2 Situations critiques et construction d'attaque

Dans l'extrait suivant, le CCA présente le cas d'une patiente âgée qui a une pathologie résistante pour laquelle les médecins adresseurs ont d'abord modifié les médicaments de façon incrémentale. Cependant, leurs capacités de gestion sont débordées lorsqu'elle ne s'alimente plus. Ils demandent alors au service de mener une cure d'ECT en urgence :

Le CCA lit le courrier d'adressage : « c'est une mélancolie avec catatonie qui nécessite des ECT. C'est une catatonie résistante qui a été hospitalisée à [hôpital universitaire] après un passage dans une unité de gériatrie aigüe. Elle a une dégénérescence pyramidale idiopathique. Ils lui ont fait des injections de toxine botulique avec ensuite une dégradation de l'humeur progressive puis plus brutale avec un épisode confusionnel. Elle avait une labilité émotionnelle, une agressivité. Les examens étaient normaux. Ils évoquent un syndrome catatonique parce que le test au zolpidem est positif avec un relai par Temesta. Elle a eu un traitement par escitalopram qui a entraîné une nette amélioration puisqu'elle a retrouvé un état cognitif normal. Elle a fait une rechute, ils introduisent du lithium en potentialisation qui est inefficace avec réapparition d'un syndrome confusionnel. Le traitement est arrêté, ils diagnostiquent à nouveau une catatonie et augmentent le Temesta. Là, le problème c'est qu'elle ne s'alimente plus. Donc ils demandent une cure d'ECT en urgence » (Extrait du journal de terrain).

La prescription d'ECT ne suit pas les séquences d'un protocole préétabli. Elle répond plutôt à la nécessité de soulager rapidement les manifestations de maladie menaçant la survie de la patiente.

Définir une situation de résistance en crise

J'ai appelé *situations critiques* celles dans lesquelles les psychiatres identifient un danger pour la vie des patients. Pour les dépressions résistantes, celui-ci réside principalement dans le risque de suicide, mais aussi dans ceux liés à l'absence d'alimentation et à la station allongée prolongée. Il s'agit donc d'une crise dans le sens où une décision rapide doit être prise pour limiter les conséquences malheureuses. Les psychiatres anticipent que des traitements de première intention seront trop lents à agir. Ainsi, même s'ils prescrivent des antidépresseurs, ils se préparent généralement à employer plus rapidement une technique plus efficace comme une cure d'ECT ou de kétamine.

Dans ces situations, il y a une urgence à agir : les psychiatres peuvent couper court aux évaluations et demander de réaliser ces traitements rapidement. Par ailleurs, ils sollicitent les autres soignants pour mener des tâches du travail de sécurité : surveiller leur comportement, s'enquérir fréquemment d'éventuelles idées suicidaires, confisquer des objets potentiellement dangereux. Le climat émotionnel qui règne dans les discussions est alors celui de l'inquiétude. Les soignants expriment qu'ils redoutent la survenue d'un événement grave. Ainsi une patiente tenta de sauter du 6^e étage lors d'une permission pendant une cure de kétamine. Le CCA qui l'avait évaluée aux urgences affirma « elle est très inquiétante. Elle doit être sismée (c'est-à-dire recevoir une cure d'ECT) rapidement ». Les traitements prescrits doivent vite fonctionner.

La construction d'attaque : frapper vite et fort

Ce mode de construction du plan de traitement s'oppose au précédent. Je l'appelle *construction d'attaque*. Celui-ci est déployé lorsque les psychiatres considèrent qu'il y a une urgence à soulager l'état des malades, dans les situations critiques. Le temps entre l'identification de la crise et l'usage des derniers recours est compressé. Les psychiatres anticipent que les médicaments mettront trop de temps à agir alors qu'une cure d'ECT ou de kétamine fonctionnera rapidement. Contrairement au mode de construction incrémental où elles sont mobilisées après essais de combinaisons de molécules, dans ce mode, elles le sont d'emblée, sans référence à quelconque protocole. L'objectif annoncé est de sauver la vie des patients. Le mode de légitimation des nouvelles interventions n'est pas, comme dans la construction incrémentale, le fruit d'une démonstration, mais l'usage d'un discours faisant état de l'inquiétude des psychiatres pour la vie des patients.

Lorsqu'ils déploient ce mode de construction du traitement, les psychiatres emploient un certain vocabulaire. Ils utilisent fréquemment des termes issus du champ lexical de l'intervention médicale héroïque, courant dans d'autres spécialités. Ils disent souvent que tel patient a été « guéri » par une cure d'ECT, qu'elle lui a « sauvé la vie », que l'objectif d'une cure de kétamine est de « sortir [le ou la patiente] de la dépression » ou encore de « nettoyer la dépression ». Le champ lexical militaire est également largement mobilisé. Ils parlent ainsi de traitement ou de phase « d'attaque », tel médicament est une « bombe qui sort n'importe qui de la dépression », qu'il sert à « gagner du terrain pour améliorer ensuite la dépression », du fait de continuer le « combat », de sortir « l'artillerie lourde », de ne pas « crier victoire trop vite » lorsqu'ils ne sont pas certains qu'une amélioration se prolongera.

De la même manière que dans la construction incrémentale, lorsque la cure est considérée comme étant efficace, les psychiatres prescrivent un médicament en relais : soit celui qui permet d'ordinaire de stabiliser les patients, soit un autre. L'objectif d'un tel traitement est alors de prévenir le retour à une situation critique. Si la cure ne conduit pas à améliorer rapidement l'état des patients, elle est prolongée et les psychiatres tentent de les combiner avec des molécules. Dans ces cas-là, l'enjeu est de diminuer suffisamment l'intensité des manifestations pathologiques et de reprendre la gestion de la maladie là où on l'avait laissée.

1.3 Organiser le traitement

La décision de mettre en place un dernier recours implique que les psychiatres déterminent suivant quelle séquence réaliser leurs projections de trajectoire. Mais ceux-ci doivent également anticiper d'autres paramètres que le mode de construction du plan de traitement. Ils décident où les mener et selon quelle temporalité. De plus, décrire l'entrée dans la phase de la résistance comme un pari revient cependant à prendre au sérieux le fait que la décision est uniquement une affaire de choix rationnel. En fait, cette décision est bien souvent contrainte par un ensemble de facteurs que je présente ici.

1.3.1 Définir le lieu et la temporalité des options à déployer

Dans l'extrait suivant, l'équipe de l'unité de semaine échange à propos d'un patient d'une cinquantaine d'années qui a fait de nombreux épisodes dépressifs dont le dernier est considéré comme étant résistant. Il est adressé par un psychiatre libéral. Après que les membres

de l'équipe ont livré leurs évaluations, le praticien hospitalier (PH) énonce explicitement les options qui se présentent à eux. Cela concerne la nécessité ou non d'hospitaliser le patient, avec quel degré d'urgence et pour déployer quels traitements. Cette décision est déterminée par certaines contraintes : la gravité de son état, le nombre de places d'hospitalisation, l'accord du patient, la charge de travail globale dans le service ou la difficulté à organiser une cure.

PH « Moi je voyais deux approches, soit en ambulatoire avec du Seroplex, lithium et Lamictal (antidépresseur et régulateurs de l'humeur). Un suivi en libéral ce serait bien. Et puis peut-être de le reprendre dans 6 mois pour voir comment il est. Et l'autre possibilité c'est de le garder [à l'unité ouverte] pour lui faire des perfusions de kétamine. »

Secrétaire hospitalière « on ne peut pas, on n'a pas de place »

Psychologue « moi je le trouve inquiétant, il m'a parlé d'idées suicidaires »

PH « sinon on débute un traitement en ambulatoire et on le ré hospitalise quand on a de la place. »

Secrétaire « on aura de la place [dans deux mois]. »

PH « OK, on démarre le lithium, on augmente le Seroplex (antidépresseur) comme ça on verra si ça fait effet. Après ce genre de tableaux chroniques, les ECT, ça se discute ». (Extrait du journal de terrain)

Les psychiatres cherchent à déterminer la faisabilité des différentes options, ce qui affecte en retour la définition de la situation.

Ainsi, lorsqu'ils définissent une situation de dépression résistante, les psychiatres ont un nombre limité d'options concernant plusieurs aspects : le lieu de réalisation des soins — à l'hôpital ou en ambulatoire —, le mode de construction du traitement — incrémental ou d'attaque —, et la temporalité selon laquelle déployer ces actions — immédiate ou différée. Prendre une telle décision peut être nécessaire à différents points de trajectoire : en ambulatoire, depuis une autre unité du service ou encore au cours d'une hospitalisation, après essai de plusieurs traitements.

Deux lieux sont donc possibles pour mener ces traitements : l'hôpital et l'ambulatoire. Les libéraux peuvent ainsi adresser à l'hôpital ou garder les patients en ambulatoire. Les médecins hospitaliers, eux, peuvent faire rentrer les malades chez eux ou continuer l'hospitalisation. Une hospitalisation peut également être organisée immédiatement ou envisagée dans un second temps. Dans cette situation, les psychiatres prescrivent généralement un nouveau médicament, ou en ajoutent un ou en augmentent la dose, dans l'attente de l'hospitalisation prochaine. Le statut de ces traitements d'attentes est souvent ambigu :

employés pour limiter la dégradation de l'état des patients avant une technique plus efficace, les psychiatres peuvent néanmoins en attendre qu'ils produisent assez d'effets pour pouvoir en annuler la nécessité. Ils doivent également décider s'ils optent pour un mode d'attaque ou incrémental. Lorsqu'ils choisissent de garder les patients en ambulatoire ou de les faire rentrer chez eux, la seule possibilité est de donner un médicament, donc en recourant à une construction incrémentale. Pour une construction d'attaque, cela peut être immédiat ou être envisagé après une courte période d'essai sur un mode incrémental ou avec un traitement d'attente. À chaque étape, les psychiatres peuvent réévaluer la situation et changer le schéma de trajectoire.

1.3.2 Faire avec les contraintes

Les psychiatres ne sont cependant pas tout à fait libres de choisir toutes ces options. Leur décision est contrainte par un ensemble de facteurs liés aux maladies, aux traitements, au lien à l'adresseur, au travail de trajectoire, aux patients, à l'organisation du travail et à des aspects techniques.

Les premiers sont associés aux *maladies*, et particulièrement leur degré de gravité ou de dangerosité. Lorsque les psychiatres identifient un risque pour la vie des patients, ils organisent l'accès à un traitement rapidement efficace. La gravité de l'état d'un patient peut s'imposer de façon évidente aux psychiatres. C'est le cas lorsqu'ils ont déjà fait une tentative de suicide ou que le refus de s'alimenter et de boire commence à être visible physiquement. Cependant, la sévérité de la situation peut également être discutée en réunion, comme dans l'extrait de journal de terrain présenté en début de section. La gravité des maladies, et donc l'urgence à les traiter, est le facteur qui contraint le plus les décisions des psychiatres. Ainsi, si le planning d'ECT est plein, les psychiatres peuvent retirer des patients au profit de certains autres dont l'état est plus préoccupant.

La décision thérapeutique peut aussi dépendre des *traitements* déjà essayés, et comment ils ont été employés. Les psychiatres du service peuvent proposer de refaire ce qui a déjà été fait. En effet, lorsqu'un traitement avait bien marché par le passé, lors d'un épisode précédent de maladie par exemple, il peut être prescrit de nouveau plus rapidement. Ainsi, un patient qui avait été traité avec succès par ECT pour une dépression sévère quelques années plus tôt s'était très vite vu proposer une nouvelle cure alors qu'il revenait pour un épisode similaire. Les psychiatres peuvent aussi vouloir réessayer une technique s'ils considèrent qu'elle a été mal administrée par le passé ou par une autre équipe. La décision peut également être affectée par le nombre de traitements qui restent en réserve. Les psychiatres peuvent prescrire les

médicaments en dessous de la dose optimale pour pouvoir augmenter au besoin. Ils peuvent également mener une cure pour potentialiser un médicament, comme un IMAO si c'est tout ce qui reste.

La décision est également conditionnée par les relations qu'entretiennent les psychiatres du service avec le *psychiatre adresseur*. Les premiers se laissent une plus grande latitude pour choisir la meilleure option lorsqu'ils ne sont pas liés aux seconds. Inversement, s'il s'agit d'un partenaire régulier, ils s'en tiennent plus souvent à ce qu'ils leur demandent. De même, les médecins du service font plus facilement confiance aux évaluations des membres de leur réseau concernant les diagnostics et les traitements, notamment la détermination des effets des traitements antérieurs et leur capacité à les prescrire correctement. Dans le cas contraire, ils peuvent retourner vers des traitements qui avaient déjà été essayés.

La décision est aussi contrainte par les types de *travail de trajectoire* que les soignants ont à mener et qui peuvent entrer en conflit. J'ai déjà pointé le travail de sécurité réalisé dans les situations critiques qui peut monopoliser le temps des soignants. Ensuite, et parce que les procédures thérapeutiques peuvent générer de l'inconfort, les soignants peuvent également être contraints dans leurs décisions par la nécessité de mener un travail sur le confort. Ainsi, lorsqu'un traitement donne trop d'effets indésirables aux patients, les psychiatres peuvent vouloir en changer. De même, lorsque les patients rapportent l'inconfort que leur procure l'hospitalisation, et en l'absence de signe de gravité, les psychiatres organisent un retour à domicile et programment une autre hospitalisation avant une cure d'ECT ou de kétamine. Le travail sur le confort peut ainsi entrer en compétition avec celui de sécurité. Les psychiatres conduisent alors les patients à prendre sur eux lorsqu'ils considèrent que leur vie est en jeu. Les soignants peuvent avoir à assurer une part du travail sentimental : laisser du temps aux patients pour réfléchir avant d'accepter tel ou tel traitement, leur donner la possibilité de rentrer à la maison pour retrouver leurs proches, les aider à reprendre courage pour mener à terme une cure d'ECT.

Les décisions peuvent être influencées par les *patients*. Les psychiatres tentent généralement d'obtenir leur accord : ils les informent de l'intérêt des traitements, des alternatives et des contraintes qu'ils ont. Ils peuvent également recourir à un argument d'autorité et indiquer que le choix de tel traitement a été fait par le chef de service ou lors d'une réunion. Ils peuvent employer la menace : d'arrêter de suivre les patients ou de les transférer sur leur hôpital de secteur en hospitalisation sous contrainte. Cette dernière option est utilisée lorsque les psychiatres considèrent que les patients sont en danger. Enfin, cela dépend de la

confiance que les psychiatres accordent aux patients, c'est-à-dire en leurs autoévaluations et en leur capacité à correctement prendre des médicaments au domicile.

La décision peut être contrainte par *l'organisation du travail* qui, je l'ai montré, détermine la disponibilité de certaines ressources. C'est le cas des lits d'hospitalisation : certains traitements ne peuvent être mis en route qu'à la condition de pouvoir hospitaliser les patients. D'autre part, ce sont les traitements en eux-mêmes qui doivent être disponibles : il faut de la place sur les plannings de séance d'ECT et de kétamine. Cette disponibilité limitée peut impliquer de choisir certains patients. Ainsi, le CCA répondit en synthèse au psychologue qui rapportait le souhait d'une patiente d'être traitée par ECT : « elle n'est pas résistante aux traitements, elle est intolérante. Et puis là, on a le choix entre elle qui a un traitement qui commence à marcher et une autre qui est pire ». Indirectement, la disponibilité des ressources dépend également du nombre de professionnels opérationnels et de leur niveau de compétence pour réaliser les tâches. Enfin, pour un psychiatre libéral, le recours à telle ou telle option est dépendante des possibilités d'adressage qui se présentent à lui : c'est-à-dire à la fois l'existence d'un réseau d'adressage et la possibilité de le mobiliser au moment voulu.

Enfin, la décision peut être déterminée par des aspects *techniques*, qui dépassent la seule organisation du travail. Tout d'abord, et cela peut sembler évident, ces choix dépendent de l'équipement d'un service : tous les services ne peuvent pas réaliser des séances d'ECT ou de kétamine. Par ailleurs, le service dans lequel j'ai mené mes observations n'avait pas accès à d'autres techniques disponibles ailleurs comme la stimulation du nerf vague. L'équipement fait l'objet de choix relevant de la politique des services qui déterminent des trajectoires de maladies individuelles. L'équipement technique doit également être entretenu : en cas de dysfonctionnement, les machines peuvent menacer la sécurité des patients et rendre impossible le recours à ces techniques pour d'autres patients. De plus, le personnel doit avoir les compétences nécessaires au bon fonctionnement des équipements.

Une décision peut cependant être révisée en cours de trajectoire. Tout d'abord, les psychiatres ne sont pas toujours d'accord entre eux. Celui ayant la position hiérarchique la plus élevée a généralement gain de cause pour définir une situation de maladie et indiquer quelle option choisir. Le schéma de trajectoire peut également être modifié lorsque surviennent des contingences : lorsque l'état des patients se dégrade, lorsque les traitements produisent des effets indésirables potentiellement mortels. Enfin, les patients peuvent retirer leur accord pour conduire tel ou tel traitement.

L'enchaînement des séquences de traitements ainsi que leurs modalités de mise en place dépendent donc de l'évaluation que l'équipe fait des malades, mais aussi d'un ensemble de

contraintes. Une fois initiées, ces techniques sont menées à bien, et les soignants en évaluent les effets, quitte à changer de séquence en cas d'incident.

2. Progresser dans la phase de la résistance et en sortir : la difficile gestion du temps

Lorsqu'une option thérapeutique est décidée, elle est mise en œuvre et les psychiatres en suivent les effets. Plusieurs cycles de traitements peuvent alors se succéder jusqu'aux derniers recours, si c'est nécessaire. Même s'ils présentent ceux-ci comme la dernière chance, les psychiatres n'arrivent que rarement à court d'options thérapeutiques. Il faut continuer à gérer les maladies sur le long terme. Dans cette seconde section, je montre comment ces maladies sont contrôlées à la fois dans l'immédiat et au long cours. Je décris des cycles de prescriptions au cours desquels les psychiatres conservent certaines ressources thérapeutiques, retardent l'utilisation des cures, jusqu'à ne plus avoir le choix, retournent en arrière, et reprennent avec des méthodes plus usuelles. De plus, les psychiatres n'arrêtent jamais d'intervenir : ils continuent d'autres choses qui peuvent mener à se remettre dans une phase active de traitements. La sortie de la phase de résistance peut aboutir à deux manières de qualifier la situation : soit on considère que les malades sont revenus à leur état antérieur ; soit, on définit ce que sera leur nouvelle normalité. Dans tous les cas, les patients sont enjoins à vivre une vie qui en vaille le coup.

Une des dimensions centrales de ce travail réside dans la nécessaire gestion du temps. Avec un nouveau cycle de prescription s'ouvre une période pendant laquelle les psychiatres ne pourront pas décider s'il est efficace ou non. Cette recharge de temps peut leur permettre de mener d'autres interventions, maximisant la probabilité de faire évoluer la situation. De même, l'usage d'un traitement de dernier recours peut être repoussé au profit de stratégies d'attente. D'un côté, ils aménagent la possibilité que la maladie s'améliore, que ce soit grâce aux médicaments ou pas. De l'autre, ils laissent ouverte l'éventualité que la maladie s'aggrave, favorisant la reprise d'interventions actives et la redéfinition des objectifs. Les situations de maladies critiques apparaissent plus simples à gérer que celles qui sont immobiles. Ainsi, le plus souvent, ce sont elles qui les décident à passer à un traitement par cure. Cela cadre mieux avec la vision de la résistance comme phase aiguë et avec celle de l'hôpital comme lieu de réalisation de traitements actifs.

2.1 Conduire un cycle de prescription : le patient est-il revenu à son état antérieur ?

L'évolution de l'état des patients après introduction de ces traitements est étroitement suivie par les soignants du service. Ces évaluations permettent aux psychiatres de déterminer s'ils doivent continuer ou arrêter une cure, changer de stratégie, initier une cure ou une combinaison de médicaments, faire sortir ou garder hospitalisés les malades. En sommes, ils conduisent les cycles de prescription à leur terme. Une question guide ces évaluations : le patient est-il revenu à son état antérieur ?

2.1.1 Évaluer les effets d'un médicament d'usage exceptionnel

Avec les médicaments, les psychiatres se posent cette question lorsque, au bout de quelques semaines, l'état des patients ne s'améliore pas suffisamment pour organiser la sortie. Ils expliquent lors des synthèses que les malades ne sont pas à leur état de base. Le bilan de l'efficacité d'une molécule peut être fait plus ou moins rapidement après son introduction. La question est alors de déterminer à quel moment démarrer une cure. Le recours à ces traitements est accéléré lorsque les psychiatres anticipent que les chances de réponse à un autre médicament sont faibles. Ainsi, un patient avait eu une cure de kétamine qui avait eu peu d'effet, puis avait été traité par de fortes doses d'un antidépresseur, l'Anafranil. Celui-ci se montrant inefficace, le CCA dit en synthèse « on va peut-être envisager de lui faire des ECT si ça ne va pas mieux », l'interne « mais il n'est qu'à quinze jours d'Anafranil », le CCA « oui, mais on peut anticiper. À un moment, il était indifférent à tout, presque dissocié ».

Le recours à une cure est également accéléré lorsque les psychiatres estiment que la vie des patients est en jeu. Ainsi, l'état d'une patiente tardait à s'améliorer avec une association de traitement. Le CCA envisagea de la faire rentrer avec ce traitement avant de prescrire une cure d'ECT. Il dit « On lui a proposé l'ECT devant l'inefficacité des IMAO et des ISRS. Il y a deux possibilités, soit elle rentre chez elle, soit on lui fait directement la sismo. Je n'ai pas encore de réponse. Je pense qu'elle va préférer rentrer ». Finalement, son état se dégrada, laissant penser au CCA qu'elle pourrait tenter de se suicider. Le recours à l'ECT fut accéléré « madame D., il va falloir qu'on se bouge. Elle ne veut plus de sismos, elle est (en l'imitant) "trop fatiguée". À partir du décès du père, elle a fait des dépressions récurrentes et elle a fait plusieurs tentatives de suicide ! ».

Les derniers recours peuvent être gardés en réserve. Les psychiatres se réservent des possibilités d'action pour l'avenir. Ils peuvent ainsi continuer à prescrire des associations de

médicaments et repousser le recours à une cure d'ECT ou de kétamine. De même, à la fin d'une cure, les médecins peuvent garder en réserve les antidépresseurs IMAO, dernier recours pour le traitement au long cours. Dans l'extrait suivant, la PH anticipe le relai médicamenteux après une cure de kétamine qui commence à porter ses fruits. Elle énonce toutes les options possibles selon ce qu'il a déjà eu, ses projections de trajectoires, mais aussi l'intérêt de garder les IMAO en réserve. Elle dit en synthèse « Pour le relai du traitement, il faut reprendre l'histoire des traitements. Il n'a pas eu d'Effexor. L'Anafranil, si on ne peut pas le monter parce qu'il ne le tolère pas, on peut soit le potentialiser, soit mettre de l'Effexor. Sinon, Effexor Norset. Le Nardil, on le garde pour la suite en espérant qu'il n'y ait pas de suite ». Après les avoir gardées en réserve, les psychiatres mobilisent ces techniques lorsque l'état des patients s'aggrave et qu'ils n'ont plus le choix.

2.1.2 Évaluer les effets d'une cure

Les effets d'une cure d'ECT ou de kétamine sont déterminés à différents moments : à la fin d'un premier groupe de séances, en cours de cure lorsqu'elle n'est pas suffisamment efficace, quand des événements graves se produisent. Ainsi, les psychiatres peuvent ne faire un bilan qu'à l'issue d'un premier groupe de séances, notamment s'il n'y a pas eu d'accident pendant celles-ci ou que la vie des patients n'est pas en danger. Pour la kétamine, ce point est généralement fait à la fin de la cure des trois ou six perfusions. Pour les ECT, il est fait après une dizaine de séances. Lorsqu'ils considèrent que les patients sont proches de leur état antérieur, ils envisagent d'arrêter de recourir aux traitements par cure pour repasser sur la prescription de médicaments. Cela ne veut pas dire qu'ils l'interrompent, ils la terminent généralement ou organisent des séances d'entretien. Quand les patients ont été adressés spécifiquement pour mener une cure, et ce d'autant que l'adresseur ne fait pas partie des partenaires réguliers, ils peuvent les renvoyer même quand l'amélioration est minime. Ils considèrent alors que ce sont les médicaments donnés en relai qui fonctionneront à long terme. S'ils jugent que l'amélioration n'est pas suffisante, ils utilisent d'autres traitements situés au même niveau dans le protocole : une nouvelle cure ou des antidépresseurs IMAO. Comme avec les médicaments, les psychiatres estiment alors que les patients ne sont pas à leur état de base. Le CCA dit ainsi d'une patiente qui venait d'avoir une cure de kétamine peu efficace et qui devait avoir un IMAO « Il y a un an, il faut se l'imaginer s'occuper de son mari, être très active. Là, elle est mélancolique avec des idées de culpabilité ».

Un point peut être fait en cours de cure, généralement quand celle-ci ne produit aucun effet. Les psychiatres anticipent alors qu'elle ne sera pas suffisamment efficace. Ils ont la possibilité d'en changer les paramètres : augmenter la dose de kétamine injectée, rapprocher les séances d'ECT. Ils peuvent également envisager de prolonger la cure. Le CCA dit ainsi d'un patient qui s'améliorait peu : « normalement, on devrait avoir des effets plus importants. Mais rien n'est normal en médecine. On avait fixé 12 séances, mais s'il n'y a pas d'amélioration on poussera au-delà de 12. On continue. Mais 7, c'est le moment bâtard, il faut attendre ». Enfin, l'absence d'effets peut conduire les psychiatres à rapprocher le cycle de prescription suivant. Ainsi, une patiente était traitée par kétamine et devait avoir un relai par des IMAO. Les perfusions produisant peu d'effets, le CCA dit « avec la kétamine, elle n'a pas beaucoup d'effets psychodysléptiques, donc je pense que ce ne sera pas très efficace, comme monsieur D. On va vite passer aux IMAO ».

Enfin, ce point est également fait lorsqu'un événement grave survient en séance. Si l'amélioration est suffisante et que le risque est trop grand, les psychiatres les arrêtent. Si les progrès ne sont pas significatifs, mais qu'ils n'ont pas d'autres alternatives thérapeutiques ou qu'ils anticipent que cette technique a des chances de fonctionner, ils envisagent de continuer la cure malgré tout, avec l'avis d'autres médecins. Enfin, ils peuvent initier une nouvelle cure ou introduire un IMAO. Ainsi, un patient fit plusieurs arrêts cardiaques en salle de réveil pendant l'anesthésie des séances d'ECT. De plus, la cure produisait peu d'effets et le CCA prit la décision de l'interrompre et de prescrire un antidépresseur IMAO.

La question de poursuivre ou de s'arrêter après une cure peut être débattue entre médecins. Le débat porte alors sur la qualification des effets de la cure, mais aussi sur la meilleure façon de continuer à travailler sur le cas au long cours. Dans l'extrait suivant, la PH a adressé un patient de l'hôpital de jour à l'unité ouverte pour mener une cure de kétamine. Il s'agit d'un patient d'une cinquantaine d'années que l'interne de l'unité ouverte présente ainsi à son arrivée : « Il est suivi pour dépression depuis 10 ans avec des dépressions récurrentes et un épisode actuel qui semble résistant. Là, il est traité par IMAO ». À la fin de la cure de kétamine, le CCA et la PH débattent de la suite :

PH « bon, monsieur L., la kéta ne lui a pas fait beaucoup d'effets »

CCA « il est plus apaisé quand même »

PH « le risque si on laisse repartir comme ça, c'est qu'il s'enterre de nouveau chez lui et qu'on ne le revoit pas à l'hôpital de jour. Il faudrait le convaincre de faire des ECT, parce que la kétamine n'a pas été très efficace »

CCA « il dit qu'il veut sortir ».

PH « mais souvent quand ils ne sont pas bien, ils peuvent accepter. Lui n'a pas été convaincu par le Nardil (IMAO). Il faudrait voir pour une bithérapie Nardil Lamictal ou voir s'il y a une association qu'on n'a pas explorée. Mais là le problème c'est que je crois qu'il a tout eu. Là, il faudrait le sismier (faire une cure d'ECT), parce que sinon tout ça n'aura servi à rien. Il a eu du mal à venir, donc autant en profiter » (Extrait du journal de terrain)

Finalement, en reprenant le dossier, le CCA relève que le patient a déjà eu une cure d'ECT qui a produit peu d'effets. Il décide de prescrire une association de traitements qu'il n'a jamais eue et garde la cure d'ECT en réserve.

2.2 Clôturer la phase de résistance : s'arrêter ou reprendre

La clôture d'une phase de résistance implique à la fois de définir où en est la situation de maladie et de se faire une idée de ce qui pourra être fait après. Les psychiatres peuvent alors garder les derniers recours pour plus tard, arrêter de les mobiliser ou encore reprendre ces traitements lorsque la situation ne s'arrange pas ou retourne à l'identique. Dans ces situations, le cas n'est plus qualifié de résistant et on peut même revenir sur le fait qu'il ne l'ait jamais été.

2.2.1 Arrêter : définir une situation à l'état de base ou la requalifier

Les psychiatres arrêtent de recourir à des traitements par cure dans plusieurs situations : s'ils estiment que l'état des patients s'est suffisamment amélioré ou s'ils reconsidèrent le cas comme n'étant, finalement, pas résistant. Ils argumentent souvent que l'état des patients s'arrange en pointant qu'ils se rapprochent de leur état de base, ou que les patients et leur famille ont l'impression de les retrouver tels qu'ils étaient avant. Cependant, la détermination de l'état de base peut être difficile et demeurer incertaine.

Une autre façon de s'arrêter est de requalifier le cas. Ce type de procédé permet de ne pas rester sur un échec. Ainsi, les psychiatres ou les malades peuvent relever la persistance des manifestations de maladie à l'issue d'une phase de résistance. De même qu'initialement, ils peuvent considérer soit qu'ils ont mal compris le cas, soit que la maladie n'a pas été assez traitée. J'analyse ce second cas dans la section suivante, il s'agit des situations où ils reprennent la prescription d'une cure. Dans le premier cas, ils s'engagent de nouveau dans la formulation de diagnostics. Celle-ci est désagrégée et ils réfléchissent aux actions à entreprendre. Ils peuvent

suspecter une pathologie organique, notamment neurologique et demander des examens complémentaires ou un avis spécialisé. La persistance de certaines manifestations peut également être attribuée à des effets secondaires des traitements, à un trouble bipolaire ou une schizophrénie qui seraient passés inaperçus, à un fonctionnement psychologique particulier ou à un environnement de vie stressant.

Cette ouverture du diagnostic lève la suspension des jugements moraux à l'égard de l'implication des patients dans l'entretien des troubles. Les psychiatres et les autres soignants se demandent dans quelle mesure la persistance des difficultés n'est pas liée à leur personnalité ou à leur mauvaise volonté de s'en sortir. Dans l'exemple qui suit, un patient venait d'être traité par une cure de kétamine qui avait produit peu d'effets. Le CCA ouvre le diagnostic et suggère des propositions pour changer les médicaments.

CCA « il y a une amélioration depuis l'arrivée, mais il y avait un peu de iatrogénie. Mais qu'est-ce qu'on traite ? Il a un trouble de la personnalité, un entourage qui s'éloigne de lui, une enfance difficile avec un attachement insécure. Il conserve une hypersomnie, un manque d'énergie, une irritabilité importante. Donc on conserve la fluoxétine. Mais il a eu une dépression sans doute trop traitée, donc ce qui s'améliorait, c'était sans doute la iatrogénie. Là, il est déprimé, mais ce n'est pas caractérisé. L'irritabilité, c'est peut-être parce qu'il est anxieux, en tout cas c'est comme ça qu'on a décidé de le voir. Et si le Prozac n'a pas d'effet, on le switchera pour un traitement plus apaisant. Il faut lui donner le questionnaire sommeil et organiser un entretien familial, il y a une partie systémique. Il faudra un antidépresseur qui n'entraîne pas trop de tension interne type Sertraline et un anxiolytique type antipsychotique à petite dose ou de la Pregabaline ».

Lors de la synthèse de la semaine suivante, les soignants le décrivent comme étant « obséquieux », « pas attachant », « en faux self » et leur « [donnant] un contre-transfert négatif ». Le CCA organisa ensuite sa sortie du service.

2.2.2 Reprendre une cure

Même après avoir arrêté, les psychiatres peuvent reprendre la prescription de cures. Lorsque les traitements précédents ont permis un retour à l'état de base et que l'état des patients se dégrade de nouveau, les psychiatres utilisent d'abord des médicaments conventionnels. Au

contraire, s'ils ne considèrent qu'aucun d'eux n'a eu d'effet, ils reprennent alors la construction incrémentale là où ils l'avaient laissée. Cette reprise des prescriptions de la résistance peut se faire après avoir pris le relai par des médicaments, avoir requalifié le cas ou après une sortie. Dans cette dernière éventualité, les patients sont réadmis dans le service, adressés soit par leur psychiatre traitant, soit après avoir été revus en consultation par un médecin du service. Les patients sont de nouveau évalués, la période de retour à domicile servant de point de repère pour orienter les actions à réaliser. Les psychiatres fixent alors de nouveaux objectifs. Ainsi, devant l'amélioration de son état, un patient était sorti après une cure de kétamine et un relai par médicaments. Son psychiatre traitant l'adressa de nouveau pour introduire un traitement par IMAO. L'interne le présenta en synthèse « là, on réévalue la dépression. Il était sorti en juillet, il était mieux, mais pas nickel, chez lui il ne faisait rien. Il n'est pas aussi cata que l'hospitalisation précédente. On le réévalue et il aura peut-être des IMAO ».

Les psychiatres peuvent reprendre la construction incrémentale là où un autre service s'était arrêté. L'interne présenta le cas à son arrivée « Elle a fait un premier épisode dépressif caractérisé à 48 ans, ensuite elle a fait plusieurs épisodes à partir de 2016 qui en fait étaient le même épisode. Elle a eu des séances d'ECT qui ont été efficaces. Elle a rechuté l'année dernière, elle a eu une nouvelle cure qui a bien marché et elle faisait des séances d'entretien. Elle décrit qu'avant chaque séance elle était hyper angoissée et la veille de l'une d'elles, elle a fait une TS [...] Elle a été ré hospitalisée, ils ont revu son traitement de fond. Là, la fille a commencé à se plaindre que ça n'avancait pas trop donc elle a été adressée ici pour un avis diagnostique et thérapeutique ». Finalement, les psychiatres du service décident de lui prescrire une cure de kétamine, continuant ainsi ce qui avait été commencé dans l'autre service.

Dans certains cas, les psychiatres reprennent les prescriptions par une construction d'attaque. Une patiente fut présentée ainsi par l'interne « C'est une histoire longue et complexe. Adolescente, elle avait des problèmes de trouble du comportement alimentaire puis de trouble de l'humeur qui ont été qualifiés de trouble bipolaire de type 1. Elle a des traits de personnalité au moins état limite et une problématique de consommation d'alcool récurrente. Elle a été hospitalisée l'année dernière pour une cure d'ECT fin février. À ce moment, elle avait fait un sevrage en alcool, mais elle a rechuté. La rechute a été progressive sur l'été avec des idées noires. Le problème c'est surtout qu'elle ne sortait plus de chez elle ». Durant l'hospitalisation, les médecins attribuèrent ses difficultés à la fois à une dépression et à sa personnalité. Ils considérèrent que la cure d'ECT de l'an passé avait été efficace et ils reprirent les prescriptions par des combinaisons de médicaments : ils ajoutèrent du lithium à son traitement antidépresseur. Malgré ce nouveau traitement, l'état de la patiente peinait à s'améliorer.

L'hospitalisation dura plusieurs mois et le retour à domicile fut difficile à organiser. Le CCA prévint, tout de même, la sortie de l'hôpital, considérant que l'état de la patiente allait continuer à s'améliorer avec le traitement, et en retournant à l'hôpital de jour dans lequel elle était prise en charge habituellement. Un mois après sa sortie, elle fut de nouveau adressée dans le service après avoir fait une tentative de suicide. Cette fois-ci, le CCA prescrit d'emblée une cure de kétamine.

Les psychiatres peuvent également reprendre ces prescriptions après avoir requalifié le cas. Cela implique alors de revenir dessus, de recentrer le diagnostic sur la dépression et de relancer le pari qu'un traitement plus efficace a des chances d'améliorer l'état des patients. Dans le cas du patient que j'ai présenté plus haut, après avoir considéré que son état perdurait du fait de sa personnalité, le CCA revint sur son avis. Après avoir vu le patient en entretien, il dit à l'interne « Là, je ne pense pas que ce soit sa personnalité de base. Il se désinvestit complètement de lui-même. Je pense qu'on a fait s'effondrer le château de cartes, et là on a accès au trouble de l'humeur ». La semaine suivante, le CCA proposa une cure d'ECT au patient qu'il refusa, préférant rentrer chez lui avec une combinaison de traitements.

2.3 Préparer l'après et gérer l'état stabilisé au long cours

À l'issue d'une phase de résistance, la trajectoire reprend un cours plus conventionnel. Les soignants préparent la sortie : ils en définissent les conditions et fixent des objectifs à long terme. Ces paramètres dépendent du nouvel état dont la caractérisation reste négociée entre les différents acteurs. La détermination de l'état de base permet de définir des objectifs de traitement à long terme ainsi que d'autres interventions à mener. Leur cible n'est plus un état présent constitué comme étant en crise, mais un futur projeté.

2.3.1 Tendre vers l'état de base

Lorsque les patients s'améliorent, les psychiatres préparent la sortie. Malgré la persistance de quelques manifestations pathologiques, ils projettent que leur état va continuer à progresser. Le processus de sortie suit les contours que j'ai décrits dans le chapitre 6 : dire l'amélioration, réexposer les patients à l'extérieur, organiser les suivis, changer les patients. Du fait de la durée de maladie et du risque de récurrence, la sortie peut cependant être envisagée avec inquiétude tant par les patients que par les médecins. Cela pèse sur le travail qui est alors réalisé.

Le retour à l'état de base est conçu par les psychiatres comme un processus auquel les patients doivent prendre une part active. Ce retour ouvre le plus souvent sur une double attente : que les patients soient de nouveau comme avant ; et qu'ils aillent mieux qu'avant. Être comme avant consiste généralement à refaire ce que les personnes faisaient auparavant, renouer avec leurs insertions sociales, retourner au travail... Les psychiatres font intérioriser aux patients que leur état s'est amélioré ou qu'il va continuer à l'être, que les effets secondaires constatés vont s'estomper. S'ouvre une nouvelle temporalité de soin, beaucoup plus longue que celle de l'hôpital. Dans l'extrait suivant, le CCA reçut en entretien une patiente et son mari à la fin d'une cure d'ECT.

CCA « Mais je martèle que ça va mieux. Il n'y a pas d'effets secondaires majeurs de la sismo, vous n'avez pas le cerveau grillé. Il faut que le trou de mémoire vous le comblez. Et il faut quand on vous demande que vous puissiez dire que ça va mieux. Mais ici, vous avez été habituée à dire ce qui ne va pas. C'est le travail de rééducation pour redonner une intégrité à ce que vous êtes. Ça a duré vraiment longtemps. Maintenant, l'important c'est d'accompagner l'amélioration. Mais après l'arrêt des sismos, il va falloir au moins 6 mois, les choses prennent du temps, mais il faut les accompagner avec optimisme. Un traitement antidépresseur va venir remplacer la sismo. On va vous faire des permissions pour reprendre une place chez vous. Donc vous aurez le traitement, une psychothérapie et peut-être un kinésithérapeute ou un psychomotricien pour la marche ».

Ils leur décrivent ainsi comment ils comptent organiser la sortie : les permissions, les suivis, les traitements au long cours à prendre, ce qu'on en attend.

Les psychiatres peuvent également projeter et négocier avec les patients de parvenir à un état meilleur que leur état de base, à aller mieux qu'avant. Ils leur expliquent que la maîtrise de la maladie doit passer par des efforts pour changer leur « fonctionnement psychologique » : être plus connectés à leurs émotions, moins se focaliser sur les aspects négatifs de leur vie, accepter plus facilement le changement. Dans l'extrait suivant, la patiente est arrivée à l'hôpital après avoir fait une tentative de suicide grave. Pour les psychiatres, l'enjeu est d'empêcher que cela se reproduise. Lors d'une synthèse, le CCA dit « dehors, il va falloir mettre le paquet sur la psychothérapie des TOC. L'autre possibilité, ce sont les IMAO. Mais tout peut basculer à nouveau ». À la synthèse suivante, le CCA rendit compte d'un état de base caractérisé par une anxiété importante. Il en fit la cible des interventions médicamenteuses et d'une psychothérapie. Il affirma « Là, elle est très améliorée, mais ça a toujours été une fille mal à l'aise, déprimée,

discrète et pas du tout affirmée. Elle ne va pas sortir d'ici avec un grand sourire et une énergie folle. Le problème des traitements qu'elle a, c'est qu'ils ne touchent presque pas l'anxiété. Il va aussi falloir qu'elle ait une psychothérapie ». La détermination d'un état futur permet de définir de nouvelles interventions médicamenteuses et psychothérapeutiques, et donc le partage entre ce qui relève ou non de leur expertise et de ce qu'ils peuvent faire pour les patients à l'hôpital.

Les psychiatres projettent ainsi la vie que mèneront les patients à la sortie de l'hôpital et émettent des jugements à deux égards. Le premier a un rapport avec la prévention d'une rechute. Ils considèrent que si les malades ne modifient pas leurs habitudes et leur façon d'être, la dépression reviendra. Le second est un jugement moral qui concerne la valeur de cette vie qu'ils imaginent. Un levier pour faire changer les patients consiste alors à les enjoindre à vivre une vie qui vaille le coup d'être vécue. Dans l'extrait suivant, le patient a fait plusieurs séjours dans le service pour une cure de kétamine puis d'ECT. Il est, cette fois-ci, adressé par son psychiatre traitant en libéral pour introduire un antidépresseur IMAO. Les psychiatres considèrent qu'il est revenu à son état de base, état dans lequel il fait peu de choses et ne peut pas travailler.

CCA « Ce serait bien que vous rentriez à domicile, mais ça ne veut pas dire que ce serait la fin des soins. Vous viendriez ici en hôpital de jour. Il vous faut quasiment une rééducation mentale, vous avez été déprimé trop longtemps. »

Patient « Je veux partir, mais je ne veux pas retourner à l'hôpital de jour »

CCA « Là on est bloqués, le problème, c'est l'isolement social, mais vous, vous ne nous laissez pas la possibilité de les résoudre. »

Patient « je suis habitué à ma nouvelle situation »

CCA « Vous êtes habitué, pas adapté. Le risque c'est que vous vous habituiez à ce que rien n'avance. Vous n'avez pas repris le travail, vous n'avez envie de rien. Ce weekend, par exemple, vous n'avez rien fait »

Patient « oui, j'ai fait le vide dans ma tête pour oublier l'hôpital. Mais ne vous inquiétez pas, je vais encore survivre quelques années »

CCA « mais l'intérêt, c'est de vivre, pas de survivre. »

Patient « Vous savez, la vie ne m'a pas fait de cadeau »

En dernière analyse, lorsque les patients refusent de jouer le jeu de la réexposition, les psychiatres peuvent les confronter au type de vie qu'ils souhaitent mener. Les patients sont mis devant leur responsabilité à prendre leur vie en main.

2.3.2 Négocier un nouvel état au long cours

Lorsque les psychiatres constatent que les patients ne reviennent pas à leur état de base, qu'ils tardent à y arriver ou qu'ils anticipent que ce ne sera pas le cas, ils préparent la gestion de ce nouvel état au long cours. Pour cela, ils les adressent dans des structures de prise en charge de long séjour, comme des hôpitaux de jour ou des structures d'accompagnement médico-social. Ils organisent le suivi, les prescriptions, des psychothérapies. Pourtant, ils ne leur parlent que rarement de leurs projections d'un état futur peu satisfaisant, laissant ouvertes toutes les possibilités d'évolution. Dans l'exemple suivant, un patient adressé par la PH de l'hôpital de jour a reçu une cure de kétamine qui a produit des effets qu'ils considèrent comme peu importants. Le CCA prépare la sortie avec lui lors d'une visite.

CCA « c'est en 2013 que votre tissu social se délite »

Patient « oui »

CCA « qu'est-ce qui est le plus difficile ? »

Patient « l'impression que ma vie est vide avec la dépression, comparée aux autres qui ont une vie active »

CCA « votre corps vous complexe ? »

Patient « c'est plus qu'il m'embarrasse »

CCA « on a l'impression qu'il y a la dépression, mais qu'il y a quelque chose en plus »

Patient « je suis en contact avec [un hôpital de jour] »

CCA « ça vous motive ? »

Patient « oui, ça correspond bien à ma situation. Ils vont me socialiser ».

En sortant de la chambre le CCA dit à l'interne « La Kétamine a un peu amélioré les choses, mais ce n'est pas majeur. Il a une histoire longue donc la réponse ne peut pas être unimodale. Il semble plus dynamique. Et il y a une part de l'amélioration de la fatigabilité diurne qui est liée au SAS⁵⁵⁰, ça va souligner notre amélioration. On y va plus dans les stimulations et dans la valorisation du changement. On pourrait lui mettre un traitement psychostimulant type Ritaline ou Modafinil pour qu'il ne s'enterre pas chez lui ». Lors de l'entretien, c'est le patient lui-même qui mentionne qu'il n'est pas satisfait de la vie qu'il mène et il se montre accueillant avec tout ce qui lui est proposé.

⁵⁵⁰ Syndrome d'apnée du sommeil

Les psychiatres peuvent cependant communiquer aux patients leurs projections d'une maladie qui durera. Cela ne ferme pourtant pas la possibilité d'améliorations futures, à condition qu'ils s'investissent. Dans l'extrait suivant, le patient a été adressé pour une douleur rebelle de la face qui a été comprise comme une dépression résistante. En dépit de l'absence d'effets sur la douleur, le CCA organise la sortie.

Patient (en colère et ce dès l'entrée du CCA dans la pièce) « bon, résultat, la TMS, c'est nul, ça ne sert à rien, je suis encore plus mal. Voilà, c'est tout ce que j'ai à vous dire »

CCA « le risque à prendre c'était que ça marche ! Vous étiez là pour prendre en charge quelque chose de très résistant, mais vous ne risquiez pas plus. »

Patient « oui, mais ça me pourrit la vie »

CCA « mais le début de la douleur était brutal ? »

Patient « non, ça s'est fait très progressivement »

CCA « eh bien, ça va partir progressivement. Mais vous vous attachez trop à ce combat contre la douleur. Vous pouvez vivre avec ça, mais vous pouvez aussi vivre autre chose. Là, vous allez sortir. Ce n'est pas un échec, c'est un échec des traitements à l'hôpital. La psychomotricité et l'hypnose ça marche, mais ça peut être fait à l'extérieur. J'appellerai votre fils, mais il faut que vous vous investissiez dans d'autres activités. Vous êtes resté longtemps, car à votre arrivée, vous aviez quelque chose de très résistant. Mais ça va être chronique, vous avez une maladie chronique ». (Extrait du journal de terrain)

En reconnaissant que les manifestations de la maladie ne répondent pas aux traitements, le CCA essaye de le faire changer à leur égard. De manière paradoxale, en le préparant à faire face à cet état au long cours, il tente d'ouvrir la possibilité d'un changement.

Enfin, lorsque le cas est requalifié, les nouveaux diagnostics proposés sont généralement des pathologies incurables, comme la démence, ou des maladies psychiatriques qui doivent être gérées au long cours par des traitements, des psychothérapies ou d'autres moyens. Cette requalification permet ainsi, à la fois d'expliquer pourquoi ce qui a été fait avant n'a pas fonctionné et de déterminer des cibles d'action à long terme. Quand les psychiatres sont satisfaits de la formulation diagnostique, ils organisent la sortie et imaginent comment la maladie pourra être contrôlée au long cours. Ce nouveau diagnostic est donné aux patients qui sont alors préparés à faire face à la récurrence de la maladie ou à un état dégradé sur le long terme.

Un des grands enjeux au cours de la phase des traitements de la résistance est de gérer conjointement sa clôture et la trajectoire au long cours. Cela passe par un ensemble de tâches

visant à aligner les états passés, actuels et futurs des patients. En déterminant l'état présent, ils font le point sur ce qu'étaient leurs objectifs, quitte à les revoir à la baisse. La question qu'ils se posent peut être résumée ainsi : faut-il continuer à prescrire des traitements de dernier recours ? Les projections de l'état à venir permettent quant à elle d'ajuster les stratégies de contrôle de la maladie dans la durée.

Conclusion du chapitre 9 :

La phase du traitement de la résistance émerge d'un souci de mobiliser de façon adéquate des techniques risquées, mais réputées plus efficaces. Elle implique une gestion de la temporalité avec laquelle un ensemble d'options thérapeutiques est déployé. Selon la gravité des situations, le temps entre la définition d'une crise et l'usage d'un traitement de dernier recours est plus ou moins distendu. L'enjeu est double et parfois contradictoire : faire progresser la situation actuelle et se garder des ressources thérapeutiques sur le long terme. De plus, j'ai suggéré de voir l'entrée dans la phase comme un pari, celui qu'une nouvelle intervention soit susceptible d'améliorer les choses. L'espoir que survienne un miracle, précisément une amélioration jamais obtenue jusqu'alors, est un motif fort d'engagement dans la phase.

Les définitions opérationnelles de la dépression résistante issues de la littérature médicale décrivent toutes, peu ou prou, la persistance d'une dépression malgré un traitement adéquat. Elles renvoient aux situations que j'ai qualifiées d'immobiles alors que les dépressions sévères ou graves sont plus proches de ce que j'ai appelées critiques. Les maladies que j'ai dépeintes dans ce chapitre sont tour à tour définies dans l'une et l'autre situation. Il est pourtant rare que les psychiatres se décident à initier un traitement de dernier recours dans une situation immobile et pour laquelle ils ne retrouvent aucun danger pour la vie de la personne. C'est généralement lorsqu'un tel risque est identifié qu'ils s'engagent dans une cure, en particulier d'ECT. Le discours de la vie sauvée prend alors le pas sur celui de la vie valant le coup d'être vécue.

Lors du congrès de Bâle de 1974, Pierre Pichot distinguait la résistance d'un épisode dépressif et la dépression résistante sur le long terme. Cette deuxième acception semble avoir été abandonnée, dans les pratiques et dans la littérature. Pourtant, j'ai montré dans ce chapitre comment les psychiatres envisageaient le futur après une phase de traitement de la résistance. Il s'agit d'un futur ouvert à de nouvelles améliorations dans lequel aucune des difficultés encore éprouvées par les patients n'est considérée comme étant fixée. La chronicité de leur trouble est

ainsi rarement expliquée aux patients et les solutions proposées le sont la plupart du temps sur un moyen terme. Le long terme reste une dimension sous-exploitée alors que ces maladies accompagneront la plupart de ces patients toute leur vie. Je rejoins les analyses de N. Christakis qui étudient comment les médecins disent aux patients leurs pronostics⁵⁵¹. Il décrit comment l'annonce d'un pronostic avec ambiguïté est perçue par les médecins comme étant porteuse d'espoir par les patients. Cette façon de prédire l'avenir transforme la maladie présente.

⁵⁵¹ (Christakis, 2001)

Conclusion de la troisième partie : L'omniprésence d'une catégorie absente

De ces deux chapitres, j'ai dégagé deux cadres dans lesquels les psychiatres des services universitaires mobilisent les traitements de la résistance. Ces cadres alignent des situations, des modes de construction et de légitimation des plans de traitements ainsi que des visées différentes. Dans le premier, une situation alarmante conduit les psychiatres à se montrer inquiets, ils emploient alors immédiatement un dernier recours dans le but affiché de sauver la vie du patient. Dans le second, la situation est définie comme étant immobile, on démontre l'intérêt de nouvelles interventions qu'on construit petit à petit jusqu'aux derniers recours, avec comme but d'éviter à tout prix la dépression chronique irréversible. Dans ces deux cadres, la notion de dernier recours exprime deux approches des risques différentes. Dans le premier, l'image d'un traitement capable de sauver la vie justifie d'en prendre plus, position occupée par les défenseurs radicaux de ces techniques dans l'espace des publications. Dans le second, bien que les techniques soient considérées comme très efficaces, leur recours est différé à la fois pour conserver cette efficacité en réserve, et à la fois pour limiter les risques qui leur sont associés. Cette deuxième approche peut être comparée à la position défendue par les promoteurs plus modérés des techniques de dernier recours.

La question centrale dans ces deux derniers chapitres était celle de la gestion du temps : quand et comment prescrire les traitements de dernier recours ? Avec la construction incrémentale, on repousse au maximum leur usage et avec eux la résistance. Avec la construction d'attaque, la notion de résistance importe peu, il faut que le traitement agisse vite afin de limiter les dégâts. Cela rend compte des difficultés que j'ai éprouvées lors de mes premiers mois de terrain à saisir quelles étaient les situations de résistance. À l'instar de sa construction historique, il s'agit d'une catégorie d'attente qui porte en elle l'anticipation d'un futur qui la fera disparaître.

La réalisation de ces techniques nécessite une participation importante de la part des patients. Tout d'abord, ceux-ci doivent donner leur accord, parfois sous la menace d'autres modalités d'hospitalisation. Ensuite, ils doivent simplifier le travail des soignants : pendant les séances d'ECT ou de rTMS, ils sont invités à faciliter l'usage des machines, pendant les perfusions de kétamine ils sont conduits à décrire ce qu'ils ressentent. Il est également attendu d'eux qu'ils livrent des auto-évaluations de leur état tout au long des cures. Lorsque ces attentes ne sont pas remplies et ce de façon prolongée, de sorte que les médecins ne peuvent pas attribuer

ces infractions à la maladie, ils tiennent les patients en partie pour responsable de la persistance de leur trouble. La catégorie dépression résistant aux traitements a ainsi émergé comme une catégorie biologique qui excluait de fait la responsabilité des malades. Dans la pratique, cette responsabilité peut de nouveau être invoquée lorsque les choses ne s'améliorent pas. Il ne s'agit pas simplement de condamnation morale, les soignants en font généralement un levier pour proposer d'autres interventions. Celles-ci ne relèvent souvent pas de leurs compétences et sont déléguées à d'autres professionnels exerçant en dehors de l'hôpital.

Conclusion générale

« En l'état actuel de la psychiatrie, les aliénés sont divisés cliniquement et administrativement en deux groupes : les aigus et les chroniques. Pour nous, ces deux groupes se résument de la façon suivante : “les aliénés qu'on a traités, et les aliénés qu'on a gardés”. La chronicité ne peut être affirmée qu'après l'épuisement de toutes les méthodes thérapeutiques »⁵⁵².

« Le traitement en phase aiguë vise la rémission des symptômes, et pas seulement la réponse. La prise en charge des personnes déprimées qui ne répondent pas au traitement ou qui y répondent, mais n'obtiennent pas de rémission (dépression résistante au traitement) est un défi majeur pour la santé publique, en particulier parce que l'incapacité chronique permanente associée à la résistance au traitement représente une part substantielle des coûts globaux du traitement de la dépression »⁵⁵³.

À près de 80 ans d'écart, ces deux citations illustrent la recomposition entre maladie aiguë et chronique en psychiatrie autant que la place qu'est venue y prendre la résistance aux traitements. La première est issue du traité de Constance Pascal et Jean Duvesne sur les méthodes de choc de 1926 et la seconde de la justification méthodologique de l'étude STAR*D en 2003. Le contexte institutionnel est bien différent : des médecins des hôpitaux psychiatriques qui traitent des cas de psychose sous la contrainte, dans l'une ; des psychiatres hospitaliers et libéraux qui tentent d'améliorer des symptômes de dépression chez des malades majoritairement consentants aux soins, dans l'autre. On voit pourtant se dessiner une déliquescence de la frontière entre maladie aiguë et chronique. Dans les années 1920, celle-ci est nettement définie et décidée lorsque tout ce qui a pu être tenté pour guérir le ou la patiente l'a été. Dans les années 2000, la phase aiguë des interventions se déploie dans des situations de

⁵⁵² (Pascal & Duvesne, 1926)

⁵⁵³ “For these reasons, acute-phase treatment aims at symptom remission, not just response. The management of depressed participants who do not respond or who respond but do not attain remission with a treatment (treatment-resistant depression) is a major public health challenge, especially because ongoing, chronic disability associated with treatment resistance accounts for a substantial portion of the overall costs involved in the treatment of depression” (Fava et al., 2003) p.4

résistance aux traitements, où la chronicité est déjà présente. C'est précisément cette phase des trajectoires de dépression que j'ai appelée celle du traitement des dépressions résistantes.

Dans cette thèse, je me suis ainsi demandé comment la psychiatrie universitaire l'organisait. J'ai décrit deux espaces dans lesquels cette phase était travaillée : celui des publications médicales et celui des pratiques. À l'instar d'autres catégories biomédicales, elle est façonnée par un ensemble hétérogène d'acteurs : des psychiatres et leurs associations professionnelles, des agences de régulation du médicament, des firmes pharmaceutiques, des laboratoires de recherche. À l'exception de leur soutien aux fondations de recherche, les associations de famille et de patients sont peu présentes dans cette histoire. Dans chacun de ces deux espaces, ces acteurs tentent de résoudre les questions qu'ils se posent sur la résistance, et ce, dans deux directions différentes. Dans l'espace des publications, le couple formé par l'approche catégorielle et la promotion radicale de techniques de dernier recours s'oppose à celui associant approche processuelle et promotion modérée. Dans les pratiques, la construction incrémentale des traitements de derniers recours s'oppose à la construction d'attaque. Dans cette conclusion, je discute l'articulation entre ces deux espaces : après avoir abordé la place de l'expérimentation dans les pratiques et des conséquences sur les publications, je confronte les discours sur la vie que portent ces cadres normatifs. Enfin, je questionne le rôle des patients dans le dispositif de prise en charge des dépressions résistantes.

1. L'expérimentation dans la phase des traitements de la résistance. Une dimension « non théorisable » de la pratique psychiatrique ?

La façon de mener la phase de traitement de la résistance, c'est-à-dire dans quel ordre prescrire quels traitements, a fait l'objet de nombreuses élaborations théoriques. Dans les publications médicales, depuis les années 1990, plusieurs auteurs ont tenté d'établir des protocoles censés guider de telles séquences. Ces travaux mobilisent ce que j'ai appelé une approche processuelle de la dépression résistant aux traitements. Elle prend la résistance comme un phénomène quantitatif qui comprend des degrés auxquels les auteurs font correspondre des techniques thérapeutiques différentes. Cette approche culmine dans les années 2000 avec l'étude STAR*D, permettant d'intégrer ces séquences dans des recommandations professionnelles.

Cette approche est mobilisée par des publications qui défendent l'usage des techniques de dernier recours en adoptant une position de promotion que j'ai appelée modérée. Elles

revendiquent l'intérêt de telles techniques dans les situations où les autres interventions médicamenteuses ont échoué. Elles en reconnaissent cependant les risques et proposent d'organiser leur gestion et notamment leur utilisation en dernier recours. Les auteurs qui ont adopté cette position travaillent généralement en lien avec les associations professionnelles médicales et avec les agences gouvernementales de régulation du médicament. J'ai suggéré que ce mode de défense permettait à ces auteurs de reprendre la main sur la régulation de techniques contestées. Cela est notamment le cas avec l'électro-convulsivothérapie qui a fait, dès les années 1960, l'objet de critiques virulentes puis d'interdictions dans certains États et pays. Ces critiques portent sur la remise en cause d'un pouvoir psychiatrique jugé excessif, mais c'est sur la discussion des risques, en particulier sur la mémoire, que des auteurs ont centré leur défense de la technique. Si certains en font une promotion radicale niant l'existence de ces risques, les autres mènent des recherches et décrivent comment les limiter : en changeant le type de courant délivré, le côté stimulé... Une des stratégies de défense modérée consiste à trouver la bonne place de l'ECT dans les séquences de traitements de la résistance. L'enjeu est alors de déterminer au bout de combien d'échecs de médicaments il leur semble acceptable de prescrire l'ECT.

Dans les pratiques, la construction incrémentale des traitements est celle qui se rapproche le plus de l'approche processuelle et elle est mobilisée dans les situations que j'ai appelées immobiles. Les psychiatres décrivent une situation qui reste inchangée en dépit des efforts déployés pour améliorer l'état de maladie. Tant que la situation n'est pas alarmante, ils modifient peu à peu les prescriptions jusqu'à mobiliser les traitements de derniers recours. Ces séquences suivent des protocoles locaux, eux-mêmes inspirés des études utilisant l'approche processuelle, et notamment STAR*D. Ces prescriptions sont légitimées par la démonstration du degré de résistance, le plus souvent en dénommant les différents médicaments n'ayant pas eu d'effets positifs. Celles-ci leur permettent d'argumenter auprès des malades de la nécessité de recourir à ces techniques, mais aussi de se convaincre qu'il est temps de le faire, en dépit des nombreuses contraintes. La vie des patients n'étant pas en danger, ces prescriptions participent essentiellement au travail de confort, c'est-à-dire à la réduction des symptômes de maladie, mais au prix de soins inconfortables. Les psychiatres visent, d'une part, à repousser l'installation de la situation dans une chronicité irréversible et, d'autre part, à apporter aux patients la possibilité de vivre une vie qui vaille le coup d'être vécue.

Les protocoles élaborés par les études et les recommandations professionnelles, s'ils peuvent être évoqués lors des discussions entre psychiatres, ne sont que rarement suivis à la lettre. Stefan Timmermans souligne que les recommandations sont généralement moins

mobilisées comme des outils standardisés que comme des options⁵⁵⁴. J'ai montré le caractère éminemment local des pratiques associées aux situations de résistance. Celles-ci sont transmises à l'oral, entre psychiatres d'un même service, dans des temps plus ou moins formels, et entre psychiatres d'un même réseau de collaboration. Ces pratiques locales sont considérées par les psychiatres universitaires comme relevant de leur expertise. En outre, elles sont en perpétuelle évolution, et j'ai affirmé qu'elles résultaient des expérimentations qu'ils mènent localement. Ils utilisent de nouveaux médicaments, renouvellent les usages d'autres, en prescrivent certains à des doses inhabituelles, ou tentent des associations inédites. Ce mouvement est impulsé par deux dynamiques. La première vise à démultiplier les ressources thérapeutiques afin de ne pas se retrouver bloqués dans une situation immobile. Ce premier aspect permet également aux psychiatres de repousser l'usage de traitements de dernier recours. La seconde est liée à l'activité de recherche clinique. Les psychiatres mènent des essais cliniques grâce auxquels ils espèrent rendre publiques leurs expérimentations pratiques et ainsi se voir reconnu un certain prestige. Ilana Löwy parle de « l'éthos essayiste »⁵⁵⁵ caractéristique de la culture de l'expérimentation qui a émergé à partir de la seconde moitié du XXe siècle.

Isabelle Baszanger, lorsqu'elle décrit la « phase des chantiers empiriques » dans les trajectoires de cancer, pointe l'importance du bricolage dans cette phase en particulier et dans la médecine, en général. « [cela] vient rappeler que la démarche scientifique n'épuise jamais tout à fait une dimension "non théorisable" de la pratique clinique »⁵⁵⁶. Dans la phase de traitement des dépressions résistantes, c'est probablement la place centrale prise par l'expérimentation qui rend si difficile la standardisation de séquences de traitements. Comme de nombreux standards, la dépression résistante constitue pourtant un facteur de coordination et de changement social⁵⁵⁷. Le protocole, pour être utilisé largement, doit ainsi pouvoir être transformé localement et à des échelles plus macroscopiques.

2. Résistance et sévérité, les ambiguïtés des conceptions de la vie en psychiatrie

En miroir des situations immobiles, j'ai décrit les situations critiques comme des situations où il y a une urgence à agir. Dans l'espace des publications, la notion qui se rapproche

⁵⁵⁴ (Timmermans & Mauck, 2005)

⁵⁵⁵ *Trialist ethos* (Löwy, 1996) traduction par Nicolas Dodier (Dodier, 1998)

⁵⁵⁶ (Baszanger, 2000) p.12

⁵⁵⁷ (Timmermans & Berg, 1997)

le plus de ces situations serait celle de sévérité de la maladie. Depuis les années 1960, la sévérité est exprimée à l'aide des échelles de symptômes standardisées : plus le score obtenu à cette échelle est élevé, plus l'état des patients est considéré comme sévère. Depuis quelques années, la notion est également comprise en termes d'impact sur le fonctionnement quotidien des patients, généralement mesuré par des échelles de qualité de vie. Dans les publications sur la dépression résistante, la sévérité est prise en compte différemment selon l'approche mobilisée. Dans l'approche processuelle, la sévérité n'a initialement pas été intégrée à la définition du degré de résistance. Par exemple, elle n'est pas employée dans l'étude STAR*D, qui se contente d'estimer la persistance de la maladie en dépit de l'application de traitements. Ce n'est qu'à la fin des années 2000, avec les publications des cliniciens regroupés autour du psychiatre éthiopien M. Fekadu, que ces approches ajoutent la sévérité au calcul du degré de résistance⁵⁵⁸. Dans l'approche catégorielle, la sévérité fait presque systématiquement partie des définitions. Les auteurs le justifient par le fait que pour considérer qu'une dépression résiste au traitement, la maladie doit avoir perduré à une certaine intensité pendant un certain temps, en dépit des différentes prescriptions. Mais la sévérité ne rend pas compte de l'urgence à agir, car si la présence d'idées suicidaires ou le refus de s'alimenter contribuent à majorer les scores de sévérité, ces signes peuvent être absents même en cas de dépression sévère.

L'approche catégorielle est la première approche de la résistance développée dans les années 1980. Elle prend la résistance comme un phénomène qualitatif dont il s'agit de dégager des critères. Elle est principalement mobilisée dans des essais cliniques visant à démontrer la supériorité des traitements de dernier recours. Si elle est indispensable à l'attitude de promotion modérée, l'approche catégorielle est surtout centrale dans l'argumentation des promoteurs radicaux de ces techniques. Elle leur permet de défendre l'idée qu'elles rendent possible la survenue d'améliorations jamais obtenues avec les médicaments usuels. En outre, elle les conduit à minimiser les risques qui y sont associés et à rendre dramatique l'éventualité de leur interdiction. L'attitude de promotion radicale mobilise une rhétorique proche de celle qu'on observe, à l'échelle des pratiques dans les situations alarmantes : la tonalité affective y est centrale, il s'agit de sauver des vies.

Dans les pratiques, les psychiatres définissent des situations critiques lorsque la vie des patients est en danger. Le temps presse, on ne peut pas attendre si des associations de médicaments vont faire effet et on prescrit d'emblée un traitement de dernier recours et plus spécifiquement, une cure d'ECT ou de perfusions de kétamine. On ne fait pas référence à un

⁵⁵⁸ (Fekadu et al., 2009, 2012, 2018)

protocole incluant des séquences de traitement. Cette prescription participe au travail de sécurité, aux côtés d'une surveillance étroite du comportement des patients et de l'administration de médicaments sédatifs. Elle est légitimée par des arguments relevant du registre affectif, et notamment l'inquiétude, contrastant avec les démonstrations menées dans les situations immobiles. En outre, dans ces situations, les psychiatres ont tendance à minimiser les risques associés à ces techniques, et à anticiper des effets positifs, auprès des malades, mais aussi pour eux-mêmes. Les psychiatres mobilisent alors la rhétorique de la vie sauvée pour exprimer ce qu'ils visent avec une telle prescription. Une fois la cure terminée, c'est cette même rhétorique qui est déployée, venant renforcer, auprès des patients et des autres membres de l'équipe, qu'il s'agissait de la seule solution. La définition d'une situation critique est souvent décisive pour justifier l'usage d'un traitement de dernier recours. On l'a vu, lorsqu'une situation est jugée comme étant immobile, les psychiatres ont tendance à repousser au maximum le moment de mobiliser ces techniques. Finalement, ils n'y recourent que lorsqu'ils décident qu'ils n'ont plus d'autre choix, c'est-à-dire quand la situation est considérée comme critique et qu'il existe un danger pour le patient.

Je lis cette tension entre deux régimes — une vie à sauver et une existence à améliorer — à la lumière des mutations qui ont affecté la biomédecine ces dernières décennies. Ils viennent incarner l'opposition que Nikolas Rose a tracée entre normalisation et optimisation. Dans une perspective foucauldienne, celui-ci affirme que « les technologies médicales contemporaines ne cherchent pas seulement à guérir les maladies une fois qu'elles se sont manifestées, mais à contrôler les processus vitaux du corps et de l'esprit. Il s'agit, selon moi, de technologies d'optimisation »⁵⁵⁹. Il décrit l'émergence d'équipements dont le but n'est pas seulement de corriger des anomalies et de « rétablir la norme vitale naturelle et la normativité du corps qui l'a soutenue »⁵⁶⁰. Au contraire, ces normativités sont malléables et « ces technologies de la vie visent à remodeler l'avenir de la vitalité en agissant sur son présent »⁵⁶¹. Dans le régime de l'existence à améliorer, les psychiatres tentent de faire adopter aux malades un ensemble de conduites qui visent à leur faire vivre une vie qui en vaille la peine. Dès lors, l'avenir est introduit dans la situation présente et contribue à transformer celle-ci. Avec l'autre régime, il s'agit de rétablir la volonté de vivre des patients, conçue comme une fonction vitale normale.

⁵⁵⁹ “*Contemporary medical technologies do not seek merely to cure diseases once they have manifested themselves, but to control the vital process of the body and mind. They are, I suggest, technologies of optimization*” (Rose, 2001) p.16

⁵⁶⁰ “*To re-establish the natural vital norm and the normativity of the body that sustained it*”. Ibid p. 17

⁵⁶¹ “*These technologies of life seek to reshape the vital future by action in the vital present*”. Ibid p.18

Pour Nikolas Rose, l'avènement de la psychopharmacologie participe de l'émergence de ces stratégies d'optimisation. Les résultats que je présente ici vont également dans ce sens à l'exception près des situations dans lesquelles les psychiatres mobilisent des traitements de dernier recours. Si l'ambition d'agir sur les normativités par des stratégies d'optimisation reste omniprésente dans l'ensemble des pratiques, en définitive c'est le langage de la normalisation qui prévaut au moment de déployer ces techniques. Cette façon de repousser leur usage jusqu'à ce que la vie des patients soit considérée comme étant en danger montre la fragilité du levier rhétorique de la vie digne dans les situations d'échecs thérapeutiques. Malgré tout, celui-ci est de nouveau invoqué au sortir de la phase de traitement de la résistance, lorsque les psychiatres entreprennent de gérer la maladie au long cours. Ce sont cependant les patients qui sont chargés d'assurer la plupart des tâches visant à construire cette nouvelle vie. Je poursuis cette réflexion dans la prochaine section.

3. Le retour des patients au cœur d'une catégorie biomédicale

L'usage de la notion de résistance est ancien en psychiatrie et en médecine. Il a longtemps renvoyé à la fois aux comportements d'opposition des malades autant qu'à la persistance de signes de maladie en dépit des traitements. Dans les années 1970, la catégorie de dépression résistant aux traitements émerge alors que, depuis une cinquantaine d'années au moins, la notion de résistance a progressivement été débarrassée de son premier sens. Dans un contexte de montée de la biomédecine, l'élaboration de la catégorie de résistance implique que la persistance de la maladie ne saurait être imputable aux patients. Les auteurs postulent que la non-réponse aux médicaments est liée à un ensemble de mécanismes biologiques qui restent à élucider et non à des phénomènes psychologiques conscients ou inconscients.

Cette conception de la résistance va de pair avec une vision essentiellement biologique des maladies mentales, ou du moins de leurs traitements. Depuis la deuxième moitié du XXe siècle, et notamment en France, cette idéologie est surtout partagée par le segment professionnel des psychiatres universitaires. De plus, les membres de ce segment défendent une vision technique des soins en psychiatrie. Aussi, dans les années 1960, lorsque certaines de ces techniques sont contestées et que leur usage est régulé, c'est principalement dans les services universitaires que les traitements de dernier recours sont pratiqués. À partir des années 1980, le segment fait de la prise en charge des dépressions résistantes une partie de son identité collective. Dès lors, sans exclure les malades qu'ils jugent responsables de la persistance de

leur état, ils mettent l'accent sur le caractère résistant de leur maladie, encore une fois dans un sens biologique.

Pourtant, on l'a vu, la responsabilité des malades dans la persistance des manifestations des dépressions n'a jamais tout à fait cessé d'être discutée dans les différents espaces que j'ai explorés. Dans celui des publications, avec la notion de dépression difficile à traiter, les auteurs réintroduisent l'idée que dans certains cas, la dépression dure du fait de facteurs psychologiques propres aux malades et qui entretiennent la maladie. Dans les pratiques, l'ensemble des évaluations menées par les soignants sont sous-tendues par des jugements moraux associés au respect ou non de règles interactionnelles par les malades. Dans la phase des traitements de la résistance, ceux-ci sont généralement suspendus, mais émergent à nouveau lorsque les manifestations de la maladie persistent ou réapparaissent. Cette description rejoint les analyses de Robert Barrett de la construction sociale de la schizophrénie⁵⁶². Le diagnostic en lui-même exempte les patients de la responsabilité de leurs actes en ce qu'il attribue à une conception biologique du trouble. Cependant, toute une gamme de leurs comportements fait l'objet de catégorisations morales qui façonnent ce qu'il nomme une trajectoire morale. J'ai nuancé cette interprétation en décrivant les allers et retours entre condamnations morales et acquittement biologique dans les trajectoires de dépression. Les premières émergent plutôt dans les interactions entre soignants comme des façons de supporter la charge émotionnelle qu'ils et elles ont à porter.

Le foyer principal qui cristallise ces condamnations réside essentiellement dans la capacité des malades à se plier aux recommandations que leur délivrent les soignants, essentiellement en vue de la sortie de l'hôpital. Celles-ci visent, comme je l'ai dit, à faire adopter aux malades un ensemble de conduites pouvant les amener à vivre une vie qui en vaille le coup. Pour reprendre les termes de Nikolas Rose, en devenant acteurs de ces stratégies d'optimisation, ceux-ci sont transformés en citoyens responsables d'assurer leurs meilleurs futurs possibles⁵⁶³. Vincanne Adams, Michelle Murphy et Adele Clarke poursuivent cette réflexion et parlent de la tyrannie d'une optimisation potentiellement infinie⁵⁶⁴. « Comme ce mode d'anticipation n'a pas besoin d'objets ou d'événements réels, mais doit seulement les imaginer comme possibles, le champ de l'optimisation est illimité »⁵⁶⁵. Elles ajoutent que cette tyrannie empêche l'action et assujettit ceux qui y sont soumis. J'ai effectivement montré à

⁵⁶² (Barrett, 1996, 1997)

⁵⁶³ (Rose, 2001)

⁵⁶⁴ (Adams et al., 2009)

⁵⁶⁵ *“As the mode of anticipation does not need actual objects or events, but must only imagine them as possible, the scope of optimization is unlimited” Ibid p. 12*

quelles impasses menaient ce type d'injonctions. Non seulement elles ratent leur objectif qui est d'obtenir l'accord des malades pour réaliser un ensemble de tâches, mais cela contribue à leur faire porter la charge de l'échec des traitements.

Une manière d'étudier plus en profondeur cet aspect aurait été d'interroger les malades afin d'explorer de manière symétrique leur expérience des traitements et de la gestion de leur état au long cours. Or, c'est précisément ce que j'ai fait. J'ai conduit et retranscrit un total de 25 entretiens auprès de malades hospitalisés au cours de mon enquête. Dans un souci de faisabilité et à la suite d'un resserrement de la focale autour du travail médical, je n'ai pas analysé ce corpus. Il m'est cependant apparu qu'ils évoquaient les questions que j'aborde dans cette thèse, et particulièrement celle de la responsabilité de l'inscription dans la durée de leur état pathologique. L'exemple suivant est assez parlant. Il s'agit d'un patient hospitalisé pour une dépression résistante et qui a reçu une cure de perfusions de kétamine. Celle-ci produit peu d'effets, conduisant les médecins à suspecter qu'il se refuse à voir d'éventuelles améliorations. Sans que cela lui ait directement été communiqué, il parle justement de cela.

« [Ce] que je crains, oui, [c'est] que s'ils ne trouvent pas de solution, qu'ils arrivent à avoir un discours de légitimation qu'en fait il n'y a pas de problème. Alors il y a un truc qui tourne dans ma tête ces derniers temps, mais c'est de la paranoïa, mais je me demande quelque part maintenant, s'ils peuvent ne pas envisager que je simule. Voilà, ce serait une des manières de rationaliser, où ils pourraient retomber sur leurs pattes et se dire qu'en fait oui, le problème c'est moi. Et effectivement, ces derniers temps je réfléchis à ça, je me dis que le procès d'intention, ce qu'il y a de terriblement violent c'est qu'il n'y a aucune façon de prouver que c'est faux à son interlocuteur, donc il n'y a aucun fait, ce sont uniquement les intentions éventuelles qu'on vous prête ». (Entretien avec un patient).

Une analyse plus complète de ce matériau pourrait permettre de décrire plus finement comment les cadres mobilisés par les membres de l'équipe façonnent l'expérience que font les patients de leur maladie et des traitements.

Ces quelques réflexions posent un ensemble de défis pour la psychiatrie de demain. Le premier va consister, pour les psychiatres, à maintenir la croyance dans l'efficacité des techniques sans que les malades se trouvent dépositaires d'échecs thérapeutiques qu'ils sont les premiers à endurer. Ensuite, l'exemple de la kétamine a révélé que l'engouement autour de la technique avait conduit les psychiatres à la proposer à un nombre croissant de malades, aux dépens, parfois, de leur plein consentement et de leur parfaite information. Un des défis sera

donc de pouvoir coconstruire les innovations et la recherche avec les principaux concernés. Par ailleurs, les effets secondaires de ces traitements peinent à être reconnus tant dans les publications que dans les pratiques. Cette situation pourrait évoluer à condition de mener des études à grande échelle qui puissent documenter le phénomène et d'apporter de meilleures informations quant à l'existence de tels effets adverses en pratique clinique. Enfin, le caractère chronique de ces maladies pourrait faire l'objet d'un meilleur éclairage permettant ainsi de donner un écho institutionnel aux questions qu'elle soulève. Par exemple, la trop nette séparation entre l'hôpital et l'extérieur conduit les psychiatres à perdre un certain nombre d'outils pour accompagner les patients au long cours.

Annexes

Annexe 1 : Glossaire des termes psychiatriques

Aboulie : Perte de la capacité à prendre des initiatives

Alexithymie : Difficulté à identifier et exprimer ses émotions

Anhédonie : Perte de la sensation de plaisir

Apragmatisme : Difficultés à initier les mouvements

Asystolie : Arrêt des battements cardiaques

Catatonie : syndrome psychique et moteur caractérisé par des périodes de passivité et de négativisme alternant avec des phases d'excitation soudaine

Bradycardie : Ralentissement du rythme cardiaque

Clinophilie : Fait de rester au lit durant la journée, allongé et éveillé

Dépression mélancolique (DSM 5) : dépression grave associant de façon variable une perte de plaisir pour toutes les activités, une absence de réactivité aux stimuli agréables, des idées marquées par un profond désespoir, des réveils matinaux précoces, une agitation ou un ralentissement psychomoteur marqué, une perte d'appétit, des idées de culpabilité excessives.

Désaturation : Chute du taux d'oxygène dans le sang

État de mal épileptique : Crise convulsive prolongée

Euthymie : Humeur à son état de base

Logorrhée : débit de parole important

Myorelaxant : Relâchant musculaire

Seuil épileptogène : Seuil électrique de déclenchement d'une crise convulsive

Syndrome de Cotard : syndrome délirant à thématique hypochondriaque qui associe des idées d'immortalité, de damnation, de négation d'organe, de négation du corps, avec l'impression d'être déjà mort.

Syndrome Parkinsonien (ou syndrome extrapyramidal) : syndrome moteur associant des tremblements, une rigidité et des mouvements lents. En psychiatrie ce syndrome est souvent lié aux médicaments antipsychotiques.

Annexe 2 : Index des noms de médicaments

Dénomination commune internationale (DCI) – Nom commercial français

I. Anxiolytiques et sédatifs

1) Benzodiazépines

- Prazepam – Lysanxia ®
- Oxazepam – Seresta ®
- Diazepam – Valium ®
- Lorazepam – Temesta ®
- Clonazepam – Rivotril ®

2) Neuroleptiques

- Loxapine – Loxapac ®
- Cyamémazine – Tercian ®
- Chlorpromazine – Largactil ®

3) Autres

- Hydroxyzine – Atarax ®

II. Hypnotiques

- Zopiclone – Imovane ®
- Zolpidem – Stilnox ®

III. Antidépresseurs

1) Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)

- Fluoxetine – Prozac ®
- Paroxetine – Deroxat ®
- Citalopram – Seropram ®
- Escitalopram – Seroplex ®

2) Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)

- Venlafaxine – Effexor ®
- Duloxetine – Cymbalta ®

3) Tricyclique

- Imipramine – Tofranil ®
- Clomipramine – Anafranil ®
- Amitriptyline – Laroxyl ®

4) Inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO)

- Iproniazide – Marsilid ®
- Nardelzine – Nardil ®
- Tranylcypromine – Parnate ®
- Moclobémide – Moclamine ®

5) Autres

- Mirtazapine – Norset ®
- Miansérine – Athymil ®

IV. Régulateurs de l'humeur

- Lithium – Teralithe ®
- Lamotrigine – Lamictal ®
- Carbamazépine – TégrétoL ®
- Acide valproïque – Depakote ®

V. Antipsychotique

- Halopéridol – Haldol ®
- Quetiapine – Xeroquel ®
- Olanzapine – Zyprexa ®
- Risperidone – Risperdal ®
- Clozapine -Leponex ®

VI. Autres

- Pramipexol – Sifrol ® (agoniste dopaminergique, utilisé dans les dépressions résistantes)

VII. Médicaments utilisés par l'équipe d'anesthésie

- Etomidate – Hypnomidate ® (hypnotique intraveineux)
- Propofol – Diprivan ® (hypnotique intraveineux)
- Suxamethonium – Celocurine ® (Curare dépolarisant)

Annexe 3 : Description du terrain de la Charité

Le service de la charité est découpé en plusieurs unités où travaillent différents soignants dont certains et certaines à cheval sur plusieurs d'entre elles. Je ne mentionne ici que celles dans lesquelles j'ai mené des observations. Elles sont toutes gérées par un **chef de service**. Celui-ci est arrivé quelques années avant le début de mon terrain. Il avait auparavant été praticien hospitalier (PH) sur plusieurs unités et notamment l'unité de semaine qu'il avait contribué à réorganiser. Il détient une thèse en neurosciences. Lors de sa prise de fonction, il demande la réorganisation de l'hôpital de jour thérapeutique et l'implantation de perfusions de kétamine.

1. Unité ouverte

Elle est coordonnée par un chef de **clinique assistant (CCA)**. Celui-ci a pris son poste un mois avant mon arrivée sur le terrain pour une durée de deux ans. Il projette alors de réaliser un master en neurosciences.

Trois **internes** y sont postés dont un a également en charge les patients de l'unité de semaine. Ceux-ci changent tous les six mois.

L'**équipe soignante** s'occupe des malades de l'unité ouverte et de semaine.

Un **psychologue** suit certains des patients. Celui-ci est arrivé dans le service quelques années auparavant. Il est formé aux thérapies cognitives et comportementales et à la thérapie d'acceptation et d'engagement. Il exerce également à l'unité de semaine et en libéral à mi-temps.

2. Unité de semaine

Elle est coordonnée par un **praticien hospitalier (PH)**. Celui-ci travaille à mi-temps en libéral. Il détient une thèse en neurosciences.

Les bilans cognitifs sont réalisés par une **neuropsychologue**. Celle-ci est engagée dans la publication d'ouvrages de neuropsychologie.

3. Unité fermée

Elle est coordonnée par un **PH**. À mon arrivée, il s'agissait d'une psychiatre qui est ensuite partie exercer dans un service de gérontopsychiatrie partenaire. Elle a été remplacée par une psychiatre qui travaillait auparavant dans un hôpital de secteur d'un département voisin.

Un ou une interne y travaille également. Les soignants forment une équipe séparée de celle de l'unité ouverte.

4. Hôpital de jour thérapeutique

Elle est coordonnée par une **PH** et une **assistante spécialisée**. Elles ont également toutes les deux une consultation dans un hôpital de secteur de la région. Elles ont travaillé ensemble à l'unité de semaine lorsque la première était assistante et la seconde interne. La PH n'a pas de formation universitaire, mais elle est très engagée dans la publication d'articles scientifiques. Elle a contribué à la réorganisation de l'hôpital de jour ainsi qu'à l'implantation d'une activité de perfusions de kétamine ambulatoire.

L'assistante spécialisée est présente pour la troisième année consécutive dans le service lors de mon arrivée. Quelques mois plus tôt, elle exerçait à l'unité ouverte.

Y travaillent également une **infirmière**, une **ergothérapeute**, une **neuropsychologue** et un **interne**. L'un des internes a été particulièrement moteur dans l'implantation de la kétamine et en a même fait un aspect central de son travail de thèse en neurosciences.

5. Hôpital de jour diagnostique

Cette unité est organisée en journées thématiques. L'une d'elles porte sur les dépressions résistantes qui est assurée par l'assistante spécialisée du l'HDJ thérapeutique. Y travaillent également une psychologue, une neuropsychologue et une infirmière.

Pour compléter ces observations, j'ai également réalisé des entretiens auprès des professionnels du service :

- Les trois internes de l'unité ouverte
- Le CCA de l'unité ouverte
- L'assistante spécialisée de l'HDJ thérapeutique et diagnostique
- La PH de l'unité fermée puis celle qui lui a succédé
- Le PH de l'unité de semaine
- Le chef de service
- La pharmacienne en charge du service de psychiatrie
- Le psychologue de l'unité ouverte
- L'infirmière de la consultation

- Une des cadres de santé qui a participé à la mise en place de l'utilisation des machines de rTMS
- L'assistante sociale de l'unité ouverte

J'ai également mené des entretiens avec des médecins extérieurs au service : un ancien PH du service exerçant actuellement en libéral, deux médecins responsables de réseaux cliniques et de recherche, et un ancien chef de service d'un des principaux services hospitalo-universitaires parisien.

Annexe 4 : extrait de journal de terrain

Je me rends à la synthèse de l'unité de semaine. L'interne Baptiste présente chaque situation (5 par semaine) puis les personnes présentes discutent de propositions de prise en charge. La synthèse se déroule dans le bureau des internes, sur la grande table ovoïde. Sont présent : l'infirmière coordinatrice, le médecin CCA du sommeil (Jonathan), la neuropsychologue (Véronique), le psychologue (Luc) et son étudiante, l'interne et le PH, Sébastien Munoz⁵⁶⁶. Le CCA de l'unité ouverte, Etienne, est présent pour discuter du premier patient qu'il suit en consultation.

Baptiste parle de Mr B « Mr B est un patient de 25 ans, il vit seul, il a un demi-frère et une demi-sœur, il a fait un master 1 en philosophie, mais là il s'est inscrit en hypokhâgne. Il voudrait passer le CAPES. Dans les antécédents familiaux, il y a des troubles de l'humeur chez la mère, la sœur, et des oncles et tantes. Lui, à 18 ans, il a eu du Lysanxia et une psychothérapie. Un peu après, il a eu de l'Effexor, du Xeroquel, de l'Abilify et de la Ritaline. Avec l'Effexor, il y a eu une amélioration mais après il était trop asthénique. Avec le Xeroquel il était trop sédaté, et avec l'Abilify il a eu de l'akathisie. Ses symptômes dépressifs c'est surtout l'apragmatisme, il n'a pas d'idées suicidaires, il dort 6 heures par nuit et fait des siestes en journée. En fait le matin il se force à se réveiller.

Psychologue « il ne fait vraiment rien en journée

Baptiste « je crois qu'il travaille 4h par jour, mais il trouve que ce n'est pas assez.

Médecin du sommeil « et est-ce qu'après les siestes il a des ivresses du sommeil ?

Baptiste « qu'est-ce que c'est ?

Sommeil « on le voit chez des patients hypersomniaques lorsqu'ils dorment trop, ils décrivent que se réveiller est vraiment impossible et décrivent des sensations proches de l'ivresse

Neuropsychologue « mais lui il n'est pas en hypersomnie ?

Sommeil « on ne sait pas puisqu'il se restreint en sommeil.

Baptiste continuant « et il n'a pas de signe d'angoisse.

Sébastien « Bon il faut faire le test HLA pour la narcolepsie ». À Baptiste « c'est quoi tes hypothèses ? », Baptiste hésite, Sébastien reprend « Bon moi, j'ai l'impression qu'il y a une asthénie physique et psychique, des troubles de concentration de type fatigabilité mentale, ce qui est surprenant pour son niveau d'étude.

Neuropsychologue « sur un haut potentiel intellectuel de base...

⁵⁶⁶ Les noms sont anonymisés

Sébastien « et moi je suis frappé par le niveau d'anxiété et les éléments thymiques qu'il avait dès 19 ans, il a quand même eu des antidépresseurs et des antipsychotiques. Pour moi c'est un épisode dépressif sournois avec des troubles cognitifs et un traitement qui n'est pas efficace dans un contexte d'antécédents de troubles de l'humeur. Le TDAH pour moi c'est un épiphénomène, l'efficacité de la Ritaline est quand même très limitée.

Neuropsychologue « Moi il m'a dit que soit il était très fatigué parce qu'il est déprimé soit il a un trouble du sommeil et du coup il déprime. Et en même temps il ne veut absolument pas être déprimé, ça lui renvoie trop de choses difficiles dans son histoire familiale. Et puis il se pose pleins de questions, d'une homosexualité refoulée, de son identité... Moi je n'ai pas l'impression qu'il soit déprimé, je dirais plutôt qu'il a un trouble du sommeil. Aux tests il a une bonne attention, ils se concentrent bien. Il m'a demandé si ça pouvait être lié au vaccin H1N1, il s'est renseigné et ça correspond avec l'apparition des troubles.

Médecin du sommeil « le vaccin H1N1 donne vraiment des narcolepsies, lui c'est plutôt une hypersomnie idiopathique

Sébastien « ou ce qu'on appelle un syndrome de fatigue chronique

Etienne « et donc les tests ? la vitesse de traitement ?

Neuropsychologue « rien et il a été hyper attentif quoi !

Etienne « pour moi il y a un gros décalage entre la plainte et ce qu'on voit. On ne peut pas nier une souffrance subjective mais pour moi il nous donne à voir beaucoup de choses.

Neuropsychologue « je ne savais pas pour les antécédents familiaux, du coup je suis vraiment partie sur un trouble du sommeil genre narcolepsie

Sommeil « En général c'est vraiment des narcolepsies avec cataplexie

Etienne « ce qu'il n'a pas

Sébastien « Et il y a vraiment au lycée une cassure qu'on ne comprend pas

Baptiste « et il est très anxieux

Sébastien « Il a beaucoup d'Effexor, ce qui peut atténuer les symptômes dépressifs et anxieux (sous-entendu, on peut les minimiser)

Un autre interne entre dans la salle de réunion et nous avertit qu'il a surpris le patient à marcher devant la pièce en essayant d'écouter ce qui se dit. Etienne sort en disant qu'il va le « recadrer ». Il revient en disant qu'il l'a vu marcher au loin et qu'il n'a rien pu lui dire. Etienne « Ça va avec le décalage observé. Subjectivement, il y a une souffrance, c'est sûr, mais il nous fait chercher dans la mauvaise direction. »

Sébastien en plaisantant « attention, Alexandre prend tout en note ! Bon, il n'a pas de TDAH, c'est sûr, il dit qu'il a des TOC, qu'il est anxieux.

Baptiste « moi il m'a dit qu'il n'avait pas de TOC

Etienne « Ah oui, il connaît bien les symptômes, il est très suggestible.

Neuropsychologue « ah oui ça c'est sûr !

Sébastien « après les données objectives, c'est le fléchissement scolaire. Donc un tableau d'inhibition avec un trouble de la perso.

Neuropsychologue « enfin, de fléchissement scolaire, je ne sais pas. Il a quand même fait de la philo et là il est en Khâgne.

Etienne « oui, mais il dit qu'il n'y arrive plus. Il a vraiment de l'anxiété de performance.

Neuropsychologue « Mais il a rien raté dans sa vie !

Etienne « Non mais c'est plutôt la peur d'un échec futur.

Neuropsychologue « Moi en tout cas en entretien il n'était pas soigné du tout, il était complètement débraillé, il ne se tenait pas droit sur sa chaise. Du coup je lui ai demandé s'il était toujours comme ça, il m'a dit qu'avant c'était encore pire et que parfois il se maquillait !

Psychologue « Alors moi ça n'avait rien à voir. Au contraire il avait un contact plutôt froid. Pour moi il a beaucoup de symptômes dépressifs : un ralentissement, une perte d'envie... mais il a pas envie d'être déprimé, du coup il déguise les symptômes.

Sébastien « oui et il a eu des idées suicidaires. Je pense qu'il a surtout une anxiété de performance, une inhibition liée à la névrose d'échec. En fait, il ne fait pas par peur d'échouer.

Neuropsychologue, se répétant « mais il n'a jamais échoué !

Sébastien « Donc les éléments thymiques sont très somatiques avec une dimension hystérisiforme.

Etienne « et la Ritaline peut donner des angoisses. Il n'a pas une dépression sévère.

Sébastien « oui et on n'a pas la grande chute dépressive.

Baptiste « il a quand même été mis deux fois sous antipsychotique.

Sébastien « ce n'est pas rien, je pense que c'était pour agir sur la dimension d'appauvrissement, déficitaire. On a dû le prendre pour un schizophrène pseudo-névrotique.

Etienne « Du coup quelle est la perspective de soin pour ce patient ?

Médecin du sommeil « il a vraiment le profil des hypersomniaques avec des traits de personnalité histrioniques, un bon niveau... et quand on les enregistre... Il faudrait arrêter les stimulants et l'enregistrer, parce que là il se restreint.

Sébastien : mais tu es d'accord que l'entité est...

Sommeil « floue oui.

Sébastien « avec un doute sur un trouble de l'humeur et une inhibition.

Etienne « et il est dans la merde financièrement, il faut comprendre ce qu'il a.

Sébastien « on programme ça. Entre temps, on l'aide comment ?

Etienne « il est anxieux, il faut revoir si le traitement anxiolytique est suffisant et il faut qu'il ait une psychothérapie, en particulier tournée sur les aspects identitaires.

Sébastien « il se livre sur un mode différent selon l'interlocuteur...Bon, on majore l'Effexor de toute façon. Si ça ne marche pas, c'est un candidat au Prozac (antidépresseur stimulant).

Etienne sort de nouveau pour vérifier que le patient n'écoute pas à la porte. Il revient en disant que le patient lui a dit qu'il n'avait pas apprécié ce qu'il avait entendu. Etienne émet des doutes sur le fait que le patient prenne ses traitements.

Sébastien « il n'y a pas moins déprimé ! Il a plutôt un syndrome de fatigue chronique. On monte l'Effexor et je le reverrai en consultation. Il sort sous Ritaline, on augmente l'antidépresseur, et bilan du sommeil.

Annexe 5 : Extrait d'entretien avec une psychiatre

Cet extrait d'entretien est le début de mon échange avec une des psychiatres de la Charité. J'ai choisi de présenter la première portion de son discours jusqu'à ma première relance.

Alexandre Michel : « Maintenant ce que je fais, c'est que j'explique dans les grandes lignes comment je traite du sujet de la résistance et tu enchaînes ce sur quoi tu associes. En gros, j'essaye de comprendre le raisonnement médical, et comment à partir d'un certain nombre d'indices que les médecins, accompagnés de tous les paramédicaux vont aller chercher, mais aussi créer, comment ils... voilà des éléments du contexte, comment tout ça est mis en forme pour construire des catégories pour penser les patients, des choses comme ça... Dans ce truc-là, j'essaye de comprendre comment se construit cette catégorie de trouble résistant, de dépression résistante. Ça, c'est la première façon de voir les choses, comment très concrètement on en vient à dire qu'un patient a un trouble résistant. L'autre chose, j'essaye de saisir comment la catégorie existe dans l'institution, si tu veux, quand est-ce qu'on la mobilise, c'est quoi un peu son histoire de vie, quand est-ce qu'elle apparaît, disparaît, ce truc un peu plus... moins à l'échelle du cas, plus des considérations assez générales ».

Psychiatre : « Alors, moi je dirais, sur le concept de résistance ou de oui... maladie résistante (hésite) alors forcément, il y a un énorme biais de recrutement parce que tu es à la [Charité], donc forcément, on va beaucoup plus tomber sur... enfin d'être sollicité pour cette raison-là par les autres professionnels. Maintenant, je dirais de façon très langage courant, ce qui n'est pas la même chose que ce que nous on emploie comme... (cherche) je vais essayer de te le dire autrement... j'ai l'impression qu'il y a ce qui se passe en fait devant quand on est en train de discuter avec les gens, les patients qui te sollicitent et puis après il y a toute la réflexion qu'on avait quand on est dans les coulisses et qu'on est qu'entre médecins et comment en fait on réfléchit, ce que tu ne fais pas devant les gens. J'ai l'impression qu'en fait quand tu es devant les gens, résistance c'est un truc hyper large qui pourrait se résumer par, je ne vais toujours pas bien, enfin un truc comme ça en fait. On est sollicités parce que les gens sont malades depuis toujours, parce qu'on n'a jamais réussi à m'aider, parce qu'il n'y a aucun médicament qui marche pour moi, des espèces d'absolus, des espèces de trucs complètement entiers, ce qui n'est pas tout à fait superposable à ce que nous on appelle résistance, mais qui dans le fond est peut-être très important parce que c'est ce qui compte pour les gens, c'est ce qu'ils disent et c'est ce pourquoi ils viennent. Donc que ce soit vrai ou pas pour nous, que c'est une dépression

résistante, on s'en fout, les gens se présentent comme ça, ils se présentent dans une grande détresse. Vous êtes la énième psychiatre que je vois, on n'a jamais réussi à m'aider et puis il s'est passé ça et puis je ne sais pas quoi. Et ça, je trouve que c'est quand même vachement important parce que ça teinte de quelque chose qui, par exemple, si je compare à [service de banlieue], ce n'est pas pareil, j'ai eu des gens comme ça, mais j'ai aussi eu beaucoup de gens pour qui j'étais la première, le premier professionnel de santé qu'ils voyaient, premier professionnel de santé psychique qu'ils voyaient, et donc ça n'a rien à voir, parce que, enfin on peut tous s'imaginer, enfin un truc qui dure dans le temps, en fait c'est peut-être ça, pour les gens ce qu'ils appellent résistance, c'est la durée dans le temps. (Elle réfléchit) oui, c'est ça. C'est ça le truc le plus fort. Et donc parce que ça dure dans le temps, bah la souffrance elle finit par se majorer parce qu'elle se maintient et parce qu'elle a des conséquences sur ta vie. Et je me dis bah les gens ils se désinsèrent, ils je ne sais pas quoi, et c'est vrai que ce n'est pas du tout la même chose que ce que j'avais à [service de banlieue] où tu pouvais avoir des personnes comme ça, mais tu avais aussi beaucoup de gens pour, ça ne va pas, je ne comprends pas, je ne me reconnais pas, je n'ai jamais été comme ça. Donc ce n'est pas du tout, du tout pareil. Et donc, en fait je vais quasiment me dire, qu'à la [Charité], tu développes, en fait tu développes la clinique de depuis toujours personne n'arrive à m'aider. Ce qui est quand même très particulier, parce que ce n'est pas du tout, enfin le médecin de ville ne fait pas tellement ça. C'est vraiment très propre à ce centre du trouble de l'humeur résistant quoi. Et parce qu'en plus, tu peux accéder à nous assez facilement, c'est-à-dire qu'il suffit que tu décides de consulter à la [Charité], ou qu'à la rigueur un médecin te fasse une lettre pour que tu accèdes, donc, moi j'ai envie de dire, on reçoit de toute façon toutes les demandes et moi je pars toujours du principe que tu peux de toute façon ne serait-ce que donner un avis, ça se fait, parce qu'à partir du moment où... tout le monde ne te sollicite pas. Il y a plein de gens qui ne vont pas bien qui ne te sollicitent pas. Donc à partir du moment où les gens te sollicitent, c'est qu'il y a un truc en plus, il y a un truc qui fait que c'est légitime de toute façon. Tu n'es personne pour dire que les gens ne sont pas résistants. Tu n'es personne pour dire ça. Et ensuite je dirais que ce qui se passe dans les coulisses, donc les coulisses, c'est ce qui se passe dans ma tête à moi où j'ai tous les trucs que j'ai appris qui s'activent, c'est ce qui se passe quand on est en staff et qu'on débriefe, c'est ce qui se passe quand [le chef de service] te reprend quand tu es en train de dire un truc, mais résistance, c'est-à-dire, en fait c'est quoi ? Et là, il faut que tu argumentes, enfin avec des arguments qui sont (hésite) objectifs et non discutables. Enfin, non critiquables, il y a un truc comme ça, et donc là, tu mobilises le DSM, tu mobilises des trucs comme ça. Donc ce sont les discussions que j'ai avec [la PH] ou d'autre en off, quand on réfléchit et c'est

fondamental parce que, bah parce que, c'est fondamental parce que du coup, ça va te permettre de cadrer ton intervention thérapeutique. Et j'ai l'impression... en gros c'est ça, les gens viennent, genre depuis toujours je ne vais pas bien, je ne sais pas quoi, j'ai essayé tout plein de traitements, tu les vois là, tu as toutes tes questions, moi j'ai l'impression que j'ai un listing de questions, combien de traitements, les durées, quelles ont été les réactions, combien de temps, et tu te fais tout ce truc-là, où tu fais toute la chronologie de l'histoire de la maladie. Éventuellement, si je ne suis pas tout à fait sûre de moi, j'ai un échange avec [la PH], ou avec quelqu'un d'autre, ou alors j'ai mon patient qui est présenté en staff pour qu'on rediscute ensemble, pour que je finisse par me dire, il a résisté à deux lignées thérapeutiques, donc on peut considérer qu'on fait tel truc, ou alors non c'est pas ça et on fait tel truc, mais j'ai envie de dire que du coup la restitution de la décision et la restitution thérapeutique que tu donnes au patient, en fait, j'ai l'impression que le terme résistant, il disparaît (silence) qu'en fait ce n'est plus ça le problème. Les gens viennent en te disant, je résiste au médicament, personne n'arrive à me soigner, moi je me pose la question de qu'est-ce que c'est que la pertinence de ce terme-là en disséquant le truc, je vais aller à la rigueur aller chercher dans mon aval, qu'on questionne un peu la théorie avec mes chefs, on re réfléchit, éventuellement, on se met d'accord sur, oui, c'est une dépression résistante, on passe à la sismo, ou non, et on fait ça, et quand je restitue... (change de ton) remarque sauf peut-être pour la sismo, peut-être qu'on emploie le terme résistant, vous avez résisté à plusieurs antidépresseurs, on passe à la sismo. En fait, je ne me vois pas le dire à des gens, en fait j'ai l'impression que ce n'est pas ça que tu emploies comme mot, et ce n'est d'ailleurs pas la question que les gens posent. La demande c'est qu'on me soigne, la demande c'est est-ce que tu veux, je pense que tu ne viens pas pour mettre une étiquette de dépression résistante, puisque tu l'as déjà mise toi-même, en fait c'est ça, c'est que les gens la mettent eux-mêmes, ce qui les rend légitimes à te consulter, à leurs propres yeux, en fait c'est ça, c'est comme ça que je le vois. Et après, nous on le mobilise pour réfléchir, mais une fois que tu restitues la décision aux gens, je pense que c'est un truc qui n'est pas très pertinent dans le langage commun. Non, ce qui serait pertinent, c'est vous souffrez, on vous écoute et on va trouver une solution. Et après... oui, je dirais ça. Ça te... ? »

Annexe 6 : Lettres d'information aux professionnels et aux patients

<p style="text-align: center;">Lettre d'information destinée aux professionnels Dans le cadre d'une enquête qualitative par observation et entretiens</p>
--

Titre de la recherche : **Les représentations de la résistance aux psychotropes chez les psychiatres et les patients. Une enquête qualitative.**

Investigateur principal : Alexandre MICHEL (doctorant en sociologie, ED180) sous la direction de Xavier BRIFFAULT et Nicolas HENCKES (chargés de recherche au CNRS, CERMES3)

Laboratoire impliqué : CERMES 3 - Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale et Société ; Site CNRS, 7 rue Guy Môquet 94801 Villejuif, Tel. : 01 49 58 36 34, cermes@vjf.cnrs.fr

Madame, Monsieur,

Une recherche qualitative en sociologie a lieu dans le service dans lequel vous travaillez. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

But de l'étude : étudier comment les psychiatres, l'équipe de psychiatrie et les patients se représentent la résistance aux traitements psychotropes.

Méthodologie employée : étude qualitative par observations et entretiens. Lors de cette étude, je vais suivre l'activité des médecins du service : lors de leurs visites, de leurs entretiens auprès des patients et lors des réunions. Mes observations seront consignées de façon manuscrite dans un carnet de note puis retranscrites sur un fichier Word. Au cours de ces activités, je pourrai vous proposer un entretien. Ces entretiens sont enregistrés avec votre accord. Cet accord vous sera demandé en début d'enregistrement et fera office de consentement à la participation à l'entretien. Les entretiens seront ensuite retranscrits sur un fichier Word. Ce fichier sera stocké sur un serveur sécurisé dépendant du centre de recherche CERMES3. Les enregistrements seront détruits après retranscription.

Confidentialité : Les noms de lieux et de personne ne seront pas relevés et rendus anonyme sur les notes d'observation et dans les retranscriptions d'entretiens. Il ne sera pas possible de vous identifier *a posteriori*. Toute information vous concernant recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle et anonyme. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel et ces données ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques. Du fait de l'anonymat, les données collectées ne pourront être retirées.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le responsable de l'étude, MICHEL Alexandre, tél : 06XXXXXXXXX.

L'ensemble des données fera l'objet d'une séance de restitution dans le service. La date vous sera communiquée ultérieurement.

Nous vous remercions d'avoir pris connaissance de ce formulaire.

Cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'Évaluation Éthique de l'INSERM (CEEI) IRB 00003888 le 18/09/2018.

Lettre d'information destinée aux patients

Dans le cadre d'une enquête qualitative par observation

Titre de la recherche : **Les représentations de la résistance aux psychotropes chez les psychiatres et les patients. Une enquête qualitative.**

Investigateur principal : Alexandre MICHEL (doctorant en sociologie, ED180) sous la direction de Xavier BRIFFAULT et Nicolas HENCKES (chargés de recherche au CNRS, CERMES3)

Laboratoire impliqué : CERMES 3 - Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale et Société ; Site CNRS, 7 rue Guy Môquet 94801 Villejuif, Tel. : 01 49 58 36 34, cermes@vjf.cnrs.fr

Madame, Monsieur,

Une recherche qualitative en sociologie a lieu dans le service dans lequel vous êtes hospitalisé. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

But de l'étude : étudier comment les psychiatres, l'équipe de psychiatrie et les patients se représentent la résistance aux traitements psychotropes.

Méthodologie employée : étude qualitative par observations et entretiens. Lors de cette étude, je vais suivre l'activité des médecins du service : lors de leurs visites, de leurs entretiens auprès des patients et lors des réunions. Mes observations seront consignées de façon manuscrite dans un carnet de note puis retranscrites sur un fichier Word. Ce fichier sera stocké sur un serveur sécurisé dépendant du centre de recherche CERMES3.

Confidentialité : Votre identité ne sera pas relevée au cours de cette étude et aucun élément ne permettra de vous identifier *a posteriori*. Toute information vous concernant recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle et anonyme. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel et ces données ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques. Les informations recueillies lors de cette enquête ne seront pas rapportées à l'équipe médicale qui vous prend en charge. En effet, l'équipe de recherche ne dépend pas de l'équipe médicale.

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le responsable de l'étude, MICHEL Alexandre, tél : 06XXXXXXXXX.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude, sans aucune conséquence sur votre prise en charge médicale ou la qualité des soins qui vous seront prodigués. Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier. En revanche, du fait de l'anonymat, les données collectées ne pourront être retirées.

Nous vous remercions d'avoir pris connaissance de ce formulaire. Si vous ne souhaitez pas participer à cette étude, faites-le savoir aux professionnels du service ou à l'investigateur. En l'absence de manifestation d'une opposition à votre participation vous serez intégré à l'étude.

Cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'Évaluation Éthique de l'INSERM (CEEI) IRB 00003888 le 18/09/2018.

Bibliographie

1. Sources primaires

- Allen, V. S. (1959). Trifluoperazine in the treatment of drug-resistant schizophrenics. *Journal of clinical and experimental psychopathology & quarterly review of psychiatry and neurology*, 20, 247-250.
- American Psychiatric Association. (1978). Electroconvulsive therapy. *Task force report*, 14.
- American Psychiatric Association. (1990). The Practice of ECT : Recommendations for Treatment, Training and Privileging. *Convulsive therapy*, 6(2), 85.
- American Psychiatric association. (2010). *Practice Guideline for the treatment of patients with Major Depressive Disorder Third edition*.
https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
- Amsterdam, J. D., & Hornig-Rohan, M. (1996). Treatment algorithms in treatment-resistant depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(2), 371-386.
- ANAES (1997). *Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie*. http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_FFP_Indications-et-modalites-de-lelectroconvulsivothérapie.pdf
- Anderson, I. M. (2018). We all know what we mean by treatment-resistant depression—don't we? *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 259-261.
- Angst, J., Baumann, U., Hippus, H., & Rothweiler, R. (1974). Clinical aspects of resistance to imipramine therapy. *Pharmacopsychiatry*, 7(04), 211-216.
- Anis, N., Berry, S., Burton, N., & Lodge, D. (1983). The dissociative anaesthetics, ketamine and phencyclidine, selectively reduce excitation of central mammalian neurones by N-methyl-aspartate. *British journal of pharmacology*, 79(2), 565.
- Babigian, H. M., & Guttmacher, L. B. (1984). Epidemiologic considerations in electroconvulsive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41(3), 246-253.
- Banki, C. (1977). Cerebrospinal fluid amine metabolites after combined amitriptyline-triiodothyronine treatment of depressed women. *European journal of clinical pharmacology*, 11(4), 311-315.
- Barker, W., & Eccleston, D. (1984). The treatment of chronic depression : An illustrative case. *The British Journal of Psychiatry*, 144(3), 317-319.

- Barker, W., Scott, J., & Eccleston, D. (1987). The Newcastle Chronic Depression Study: Results of a treatment regime. *International Clinical Psychopharmacology*, 2(3), 261-272.
- Bennabi, D., Charpeaud, T., Yrondi, A., Genty, J.-B., Destouches, S., Lancrenon, S., Alaïli, N., Bellivier, F., Bougerol, T., & Camus, V. (2019). Clinical guidelines for the management of treatment-resistant depression: French recommendations from experts, the French Association for Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology and the foundation FondaMental. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-12.
- Berlant, J. L. (1987). One more look at propranolol for the treatment of refractory schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(4), 705-714.
- Berlim, M. T., & Turecki, G. (2007). Definition, Assessment, and Staging of Treatment—Resistant Refractory Major Depression: A Review of Current Concepts and Methods. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(1), 46-54.
- Berman, R., Cappiello, A., & Anand, A. (2000). Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biological Psychiatry*, 47(4), 351-354.
- Berner, P., Kryspin-Exner, K., & Poeldinger, W. (1974). Therapy possibilities for therapy-resistant depressions. *Pharmakopsychiatrie, Neuro-Psychopharmakologie*, 7(4), 189-193.
- Billig, O., & Sullivan, D. (1943). Therapeutic Value of Protracted Insulin Shock. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 98(6), 661.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Epel Editions.
- Bogen, E., Tietz, E. B., & Grace, M. F. (1934). Tuberculosis and Mental Disease: A Tuberculin Survey in a State Hospital. *American Review of Tuberculosis*, 30(3), 351-357.
- Bonnafé, L., Le Guillant, L., & Mignot, H. (1964). Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques. *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (LXII session, Marseille, 7-12 septembre 1964), Paris, Masson*.
- Bosco-Levy, P., Grelaud, A., Blin, P., Astruc, B., Falissard, B., Llorca, P.-M., Schaefer, D., Bernard, M.-A., Lassalle, R., & Moora, N. (2019). Fréquence de la dépression résistante en France—Étude à partir des données du Système national des données de santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 67, 199-200.
- Bowman, K. M., Wortis, J., Fingert, H., & Kagan, J. (1939). Results to date with the pharmacological shock treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 95(4), 787-791.

- Braun, M. (1960). Reserpine as a therapeutic agent in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 116(8), 744-745.
- Bridges, P. (1987). A Case of Resistant Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 150(3), 406-406.
- Brisset, C. (1972). *L'avenir de la psychiatrie en France* (Payot).
- Brizer, D. A., Hartman, N., Sweeney, J., & Miliman, R. B. (1985). On Treatment-Resistant Chronic Paranoid Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 142 (9).
- Calil, H. M., Yesavage, J. A., & Hollister, L. E. (1977). Low dose levodopa in schizophrenia. *Communications in psychopharmacology*.
- Casey, J. F., Bennett, I. F., Lindley, C. J., Hollister, L. E., Gordon, M. H., & Springer, N. N. (1960). Drug therapy in schizophrenia : A controlled study of the relative effectiveness of chlorpromazine, promazine, phenobarbital, and placebo. *AMA Archives of General Psychiatry*, 2(2), 210-220.
- Cole, C. E., Paterson, R. M., Craig, J. B., Thomas, W. E., Ristine, L., Stahly, M., & Pasamanick, B. (1959). A controlled study of efficacy of iproniazid in treatment of depression. *AMA archives of general psychiatry*, 1(5), 513-518.
- Coleman, P. H. J. (1972). Flupenthixol in the treatment of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 120(555), 241-242.
- Conley, R. R., & Buchanan, R. W. (1997). Evaluation of treatment-resistant schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 23(4), 663-674.
- Conway, C. R., George, M. S., & Sackeim, H. A. (2017). Toward an evidence-based, operational definition of treatment-resistant depression : When enough is enough. *JAMA psychiatry*, 74(1), 9-10.
- Daly, E. J., Singh, J. B., Fedgchin, M., Cooper, K., Lim, P., Shelton, R. C., Thase, M. E., Winokur, A., Van Nueten, L., & Manji, H. (2018). Efficacy and safety of intranasal esketamine adjunctive to oral antidepressant therapy in treatment-resistant depression : A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 75(2), 139-148.
- Davidson, J. (1974). The management of resistant depression. *The British Journal of Psychiatry*, 124(579), 219-220.
- Davidson, J., McLeod, M., Law-Yone, B., & Linnoila, M. (1978). A comparison of electroconvulsive therapy and combined phenelzine-amitriptyline in refractory depression. *Archives of General Psychiatry*, 35(5), 639-642.
- Davis, J. M. (1976). Recent developments in the drug treatment of schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 133(2), 208-214.

- De Maricourt, P., & Gaillard, R. (2017). *La découverte des propriétés antidépressives de la kétamine*. 175 (7), 665-669.
- De Maricourt, P., Jay, T., Goncalvès, P., Lôo, H., & Gaillard, R. (2014). Ketamine's antidepressant effect : Literature review on clinical use. *L'encéphale*, 40(1), 15-23.
- De Montigny, C., Grunberg, F., Mayer, A., & Deschenes, J.-P. (1981). Lithium induces rapid relief of depression in tricyclic antidepressant drug non-responders. *The British Journal of Psychiatry*, 138(3), 252-256.
- Delay, J. (1950). *Méthodes biologiques en clinique psychiatrique* (Masson).
- Delay, J., Deniker, P., Buisson, J., & Haim, A. (1959). Le traitement des états dépressifs par les dérivés de l'acide isonicotinique : Isoniazide et iproniazide. *Annales Médico-psychologiques*, 1(1), 125-132.
- Demyttenaere, K. (2019). What is treatment resistance in psychiatry ? A « difficult to treat » concept. *World Psychiatry*, 18(3), 354.
- Demyttenaere, K., & Van Duppen, Z. (2019). The impact of (the concept of) treatment-resistant depression : An opinion review. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(2), 85-92.
- Domino, E. F. (1964). Neurobiology of phencyclidine (Sernyl), a drug with an unusual spectrum of pharmacological activity. *International review of neurobiology*, 6, 303-347.
- Domino, E. F., Chodoff, P., & Corssen, G. (1965). Pharmacologic effects of CI-581, a new dissociative anesthetic, in man. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 6(3), 279-291.
- Donaldson, A. F. S. W. C., Poon, K. M. B. M. L., & Cleare, A. J. (2009). A multidimensional tool to quantify treatment resistance in depression : The Maudsley staging method. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(2), 177-184.
- Earle, B. V. (1970). Thyroid hormone and tricyclic antidepressants in resistant depressions. *American Journal of Psychiatry*, 126(11), 1667-1669.
- Eaton, W. W., Anthony, J. C., Gallo, J., Cai, G., Tien, A., Romanoski, A., Lyketsos, C., & Chen, L.-S. (1997). Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression : The Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *Archives of general psychiatry*, 54(11), 993-999.
- Eaton, W. W., & Kessler, L. G. (2012). *Epidemiologic field methods in psychiatry : The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program*. Academic Press.
- Edlin, J., & Klein, E. (1940). An improvement in convulsive therapy with Metrazol by premedication with scopolamine hydrobromide. *American Journal of Psychiatry*, 97(2), 358-365.

- Erbguth, P. H., Reiman, B., & Klein, R. L. (1972). The influence of chlorpromazine, diazepam, and droperidol on emergence from ketamine. *Anesthesia & Analgesia*, 51(5), 693-699.
- Fava, M. (2003). Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. *Biological psychiatry*, 53(8), 649-659.
- Fava, M., & Davidson, K. G. (1996). Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(2), 179-200.
- Fava, M., Rush, A. J., Trivedi, M. H., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., Sackeim, H. A., Quitkin, F. M., Wisniewski, S., Lavori, P. W., & Rosenbaum, J. F. (2003). Background and rationale for the sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR* D) study. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 457-494.
- Fédération française de psychiatrie. (2003). *Livre blanc de la psychiatrie*. John Libbey Eurotext.
- Fekadu, A., Donocik, J. G., & Cleare, A. J. (2018). Standardisation framework for the Maudsley staging method for treatment resistance in depression. *BMC psychiatry*, 18(1), 100.
- Fekadu, A., Rane, L. J., Wooderson, S. C., Markopoulou, K., Poon, L., & Cleare, A. J. (2012). Prediction of longer-term outcome of treatment-resistant depression in tertiary care. *The British Journal of Psychiatry*, 201(5), 369-375.
- Fekadu, A., Wooderson, S. C., & Cleare, A. J. (2009). The Maudsley Staging Method for treatment-resistant depression : Prediction of longer-term outcome and persistence of symptoms. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(7), 952-957.
- Ferguson, J. T. (1958). A preliminary evaluation of acepromazine (Plegicil). *American Journal of Psychiatry*, 115(6), 548-549.
- Fink, M. (1979). *Convulsive therapy: Theory and practice*. Raven Press, New York.
- FondaMental. (2019). *Rapport annuel*.
- Franchini, C. (1974). The problem of chronic schizophrenia : Proposed treatment with injectable flupenthixol : Prolonged effects with neuroleptics. *Neuropsychiatria*, 30(2), 113-125
- Frankel, F. H. (1973). Electro-convulsive therapy in Massachusetts : A task force report. *Massachusetts Journal of Mental Health*, 3(2), 3-29.
- Freeman, C., & Kendell, R. (1980). ECT : I. Patients' experiences and attitudes. *The British Journal of Psychiatry*, 137(1), 8-16.
- Freeman, C., Weeks, D., & Kendell, R. (1980). ECT : II: patients who complain. *The British Journal of Psychiatry*, 137(1), 17-25.

- Freeman, W. (1948). Transorbital lobotomy; preliminary report of ten cases. *The Medical annals of the District of Columbia*, 17(5), 257.
- Garry, J., & Leonard, T. (1963). Trial of amitriptyline in chronic depression. *The British Journal of Psychiatry*, 109(458), 54-55.
- Gattaz, W. F., & Köllisch, M. (1986). Bromocriptine in the treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia. *Biological psychiatry*, 21(5), 519-521.
- Gelder, M., & Kolakowska, T. (1979). Variability of response to neuroleptics in schizophrenia : Clinical, pharmacologic, and neuroendocrine correlates. *Comprehensive psychiatry*, 20(5), 397-408.
- Genil-Perrin, G. (1931). *Maladies nerveuses et mentales*. Larousse.
- Geoghegan, J. (1949). Electronarcosis. *Canadian Medical Association Journal*, 60(6), 561.
- Ginestet, D. (1974). The psychiatrist attitudes and therapeutic means when faced with resistant depressions. *Pharmakopsychiatrie, Neuro-psychopharmakologie*, 7(4), 194-198.
- Graham, G. F. (1930). *Certain Aspects of Treatment and Investigation in Mental Disorder*.
- Guttmacher, M. (1964). Phenothiazine treatment in acute schizophrenia; effectiveness : The national institute of mental health psychopharmacology service center collaborative study group. *Archives of general psychiatry*, 10, 246.
- Hall, W. B., Vestre, N. D., Schiele, B. C., & Zimmermann, R. (1968). A controlled comparison of haloperidol and fluphenazine in chronic treatment-resistant schizophrenics. *Diseases of the nervous system*, 29(6), 405-408.
- Hamilton, M. (1974). Drug resistant depressions : Response to ECT. *Pharmacopsychiatry*, 7(04), 205-206.
- HAS (2009). *Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte. Recommandations*. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm_ald23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf
- HAS (2017). *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : Prise en charge en soins de premier recours. Prise en charge thérapeutique et suivi*.
- Haškovec, L., & Ryšánek, K. (1967). The action of reserpine in imipramine-resistant depressive patients. *Psychopharmacologia*, 11(1), 18-30.
- Heimann, H. (1974). Therapy-Resistant Depressions : Symptoms and Syndromes : Contributions to Symptomatology and Syndromes. *Pharmacopsychiatry*, 7(03), 139-144.

- Herrera, J. M., Sramek, J. J., & Costa, J. F. (1987). Efficacy of adjunctive carbamazepine in the treatment of chronic schizophrenia. *Drug intelligence & clinical pharmacy*, 21(4), 355-358.
- Himmelseher, S., & Pfenninger, E. (1998). The clinical use of S-(+)-ketamine—A determination of its place. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie: AINS*, 33(12), 764.
- Hippius, H., & Jungkunz, G. (1983). Some general remarks to the problem of therapy resistant depressions. In *Psychiatry: The state of the art* (Vol. 3).
- Hommer, D. W., Pickar, D., Roy, A., Ninan, P., Boronow, J., & Paul, S. M. (1984). The effects of ceruletide in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 41(6), 617-619.
- Hopkinson, G., & Kenny, F. (1975). Treatment with reserpine of patients resistant to tricyclic antidepressants. *Psychopathology*, 8(3), 109-114.
- Horwitz, W. A. (1968). Physiologic responses as prognostic guides in the use of antidepressant drugs. *American Journal of Psychiatry*, 125(1), 60-68.
- Howard, J. S. (1976). Somatic profiles in chronic schizophrenia. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 17(1), 26-31.
- Itil, T., Keskiner, A., Heinemann, L., Han, T., Gannon, P., & Hsu, W. (1970). Treatment of resistant schizophrenics with extreme high dosage fluphenazine hydrochloride. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 11(5), 456-463.
- Itil, T. M., Keskiner, A., & Fink, M. (1966). Therapeutic studies in “therapy resistant” schizophrenic patients. *Comprehensive psychiatry*, 7(6), 488-493.
- Jacobson, J. R. (1950). Psychodynamic modification of electric shock treatment. *Psychiatric Quarterly*, 24(2), 350-374.
- Jacoby, M. (1959). Treatment with high dosage triflupromazine. *American Journal of Psychiatry*, 116(6), 555-556.
- Jett, J. D., Boley, A. M., Girotti, M., Shah, A., Lodge, D. J., & Morilak, D. A. (2015). Antidepressant-like cognitive and behavioral effects of acute ketamine administration associated with plasticity in the ventral hippocampus to medial prefrontal cortex pathway. *Psychopharmacology*, 232(17), 3123-3133.
- Johnstone, M., Evans, V., & Baigel, S. (1959). Sernyl (C1-395) in clinical anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 31(10), 433-439.
- Jus, A., Villeneuve, A., & Jus, K. (1978). Therapeutic dilemma in neuroleptic-resistant psychotic disorders. In *Neuro-Psychopharmacology* (p. 331-338). Elsevier.

- Kalinowsky, L. B., & Hoch, P. H. (1961). *Somatic Treatments in Psychiatry: Pharmacotherapy; Convulsive, Insulin, Surgical, Other Methods*. Grune & Stratton.
- Kalinowsky, L., & Hoch, P. (1946). *Shock treatments and other somatic procedures in psychiatry*. Grune & Stratton.
- Kane, J., Honigfeld, G., Singer, J., & Meltzer, H. (1988). Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic: A double-blind comparison with chlorpromazine. *Archives of general psychiatry*, 45(9), 789-796.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1967). *Comprehensive textbook of psychiatry* (1-2). Williams & Wilkins Co.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1975). *Comprehensive textbook of psychiatry, second edition* (1-2). Williams & Wilkins Co.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1980). *Comprehensive textbook of psychiatry, third edition* (1-2). Williams & Wilkins Co.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1985). *Comprehensive textbook of psychiatry, fourth edition* (1-2). Williams & Wilkins Co.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry, fifth edition* (1-2). Williams & Wilkins Co.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry. Sixth edition* (Vol. 2). Williams & Wilkins.
- Kelly, D. (1974). Treatment of resistant depression. *Pharmacopsychiatry*, 7(04), 199-204.
- Kempf, E. J. (1915). The behavior chart in mental diseases. *American Journal of Psychiatry*, 71(4), 761-772.
- Khorramzadeh, E., & Lofty, A. (1973). The use of ketamine in psychiatry. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 14(6), 344-346.
- Kiebs, M., Hurlemann, R., & Mutz, J. (2019). Repetitive transcranial magnetic stimulation in non-treatment-resistant depression. *The British Journal of Psychiatry*, 215(2), 445-446.
- Kolbinger, H. M., Höflich, G., Hufnagel, A., Müller, H., & Kasper, S. (1995). Transcranial magnetic stimulation (TMS) in the treatment of major depression—A pilot study. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 10(4), 305-310.
- Koupernik, C. (1964). *Les médicaments du psychisme* (Hachette).
- Kraepelin, E. (1907). *Introduction à la psychiatrie clinique*. Vigot frères.
- Kramer, P. D., & Brody, E. (1994). Listening to Prozac: A psychiatrist explores antidepressant drugs and the remaking of the self. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(6), 362.

- Lapipe, M., Rondepierre, J., Gley, P., & Horande, M. J. A. (1947). *Contribution à l'étude physique, physiologique et clinique de l'électro-choc*. Maloine.
- Laplanche, J., Pontalis, J., & Lagache, D. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5e éd.). Paris : *Quadrige*.
- Larsen, J. K., & Rafaelsen, O. J. (1980). Long-term treatment of depression with isocarboxazide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62(5), 456-463.
- Laux, G., & Reimer, F. (1979). Treatment of therapy resistant depressions with high dose clomipramine. *International pharmacopsychiatry*, 14(5), 294-299.
- Lear, E., Suntay, R., Pallin, I. D., & Chiron, A. E. (1959). Cyclohexamine (Cl-400) : A new intravenous agent. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 20(3), 330-335.
- Lee, Y., Syeda, K., Maruschak, N. A., Cha, D. S., Mansur, R. B., Wium-Andersen, I. K., Woldeyohannes, H. O., Rosenblat, J. D., & McIntyre, R. S. (2016). A new perspective on the anti-suicide effects with ketamine treatment : A procognitive effect. *Journal of clinical psychopharmacology*, 36(1), 50-56.
- Lehmann, H. E. (1974). Therapy-resistant depressions – a clinical classification. *Pharmacopsychiatry*, 7(03), 156-163.
- Lemperière, T., & Féline, A. (1977). Abrégé de psychiatrie de l'adulte. In *Abrégé de psychiatrie de L'adulte* (p. 430-430).
- Lemperiere, T., Féline, A., Adès, J., Hardy, P., & Rouillon, F. (1991). *Psychiatrie de l'adulte, Abrégés*.
- Lemperière, T., Féline, A., Adès, J., Hardy, P., & Rouillon, F. (2007). Psychiatrie de l'adulte. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 7(37), 42.
- Levine, J., & Raskin, A. (1974). Predicting Treatment Responsiveness-Resistiveness in a Population of Depressed Patients¹. *Pharmacopsychiatry*, 7(04), 217-222.
- Lewis, N. D. (1943). The present status of shock therapy of mental disorders. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 19(4), 227.
- Liberson, W. (1948). Brief stimulus therapy : Physiological and clinical observations. *American Journal of Psychiatry*, 105(1), 28-39.
- Lingjærde, O. (1963). Clinical experiences with thioproperazine ("Majeptil") in chronic schizophrenia, psychotic excitation, and senile agitation. *Psychopharmacologia*, 4(4), 281-293.
- Lingjaerde, O., Edlund, A., Gormsen, C., Gottfries, C., Haugstad, A., Hermann, I., Hollnagel, P., Mäkimattila, A., Rasmussen, K., & Remvig, J. (1974). The effect of lithium

- carbonate in combination with tricyclic antidepressants in endogenous depression : A double-blind, multicenter trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 50(2), 233-242.
- Lôo, C., Mitchell, P., Sachdev, P., McDarmont, B., Parker, G., & Gandevia, S. (1999). Double-blind controlled investigation of transcranial magnetic stimulation for the treatment of resistant major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 946-948.
- Lôo, H., & Lôo, P. (2001). *La dépression*. Presses universitaires de France.
- López-Ibor Aliño, J. (1974). Therapeutic resistant depressions : Symptoms, resistance and therapy. *Pharmakopsychiatrie, Neuro-psychopharmakologie*, 7(3), 178-187.
- Lorr, M. (1954). Rating scales and check lists for the evaluation of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 51(2), 119.
- Lorr, M. (1962). *Inpatient multidimensional psychiatric scale (IMPS)*. Consulting Psychologists Press.
- Lorr, M., Jenkins, R. L., & Holsopple, J. Q. (1954). Factors descriptive of chronic schizophrenics selected for the operation of prefrontal lobotomy. *Journal of consulting psychology*, 18(4), 293.
- Losserland, J. (1965). Neurologie et psychiatrie. *Livre blanc de la psychiatrie française*, 1, 175-201.
- Lydiard, R. B. (1985). Tricyclic-resistant depression : Treatment resistance or inadequate treatment? *The Journal of clinical psychiatry*, 46(10), 412-417.
- Malhi, G., Parker, G., Crawford, J., Wilhelm, K., & Mitchell, P. (2005). Treatment-resistant depression : Resistant to definition? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(4), 302-309.
- Malhi, G. S., & Bell, E. (2020). Make News : Treatment-Resistant Depression—an irreversible problem in need of a reversible solution? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(1), 111-113.
- Malhi, G. S., Das, P., Mannie, Z., & Irwin, L. (2019). Treatment-resistant depression : Problematic illness or a problem in our approach? *The British Journal of Psychiatry*, 214(1), 1-3.
- Masson, M., Gaillard, R., Olié, J.-P., & Lôo, H. (2016). L'Encéphale 1906–2016... Plus qu'un anniversaire : Une réforme éditoriale. *L'Encéphale*, 42(1), 1-3.
- McAllister-Williams, R., Arango, C., Blier, P., Demyttenaere, K., Falkai, P., Gorwood, P., Hopwood, M., Javed, A., Kasper, S., & Malhi, G. (2020). The identification, assessment and management of difficult-to-treat depression : An international consensus statement. *Journal of affective disorders*, 267, 264-282.

- McClelland, H. A., Farquharson, R. G., Leyburn, P., Furness, J. A., & Schiff, A. A. (1976). Very high dose fluphenazine decanoate : A controlled trial in chronic schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 33(12), 1435-1439.
- McCreadie, R. G., Flanagan, W. L., McKnight, J., & Jorgensen, A. (1979). High dose flupenthixol decanoate in chronic schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 135(2), 175-179.
- McCreadie, R. G., & MacDonald, I. M. (1977). High dosage haloperidol in chronic schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 131(3), 310-316.
- Meduna, L. v. (1934). Über experimentelle campherepilepsie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 102(1), 333-339.
- Meduna, L. v. (1935). Versuche über die biologische Beeinflussung des Ablaufes der Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 152(1), 235-262.
- Meyers, B. (1978). Treatment of imipramine-resistant depression and lithium-refractory mania through drug interactions. *The American journal of psychiatry*, 135(11), 1420-1421.
- Miller, I. W., Bishop, S. B., Norman, W. H., & Keitner, G. I. (1985). Cognitive/behavioural therapy and pharmacotherapy with chronic, drug-refractory depressed inpatients : A note of optimism. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 13(4), 320-327.
- Ministère de la Santé et de la sécurité sociale. (1980). *La politique des soins en psychiatrie. Bilan et synthèse* [Cellule prospective].
- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, (1960).
- Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, Journal officiel de la république française 12070 (1958).
- Moriñigo, A., Martin, J., Gonzalez, S., & Mateo, I. (1989). Treatment of resistant schizophrenia with valproate and neuroleptic drugs. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*.
- Morris, H., & Wallach, J. (2014). From PCP to MXE: a comprehensive review of the non-medical use of dissociative drugs. *Drug testing and analysis*, 6(7-8), 614-632.
- Morris, R., Anderson, E., Lynch, G. a, & Baudry, M. (1986). Selective impairment of learning and blockade of long-term potentiation by an N-methyl-D-aspartate receptor antagonist, AP5. *Nature*, 319(6056), 774-776.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. (1985). *Electroconvulsive Therapy*.

- Nemeroff, C. B. (2007). Prevalence and management of treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(8), 17.
- Nestoros, J., Nair, N., Pulman, J., Schwartz, G., & Bloom, D. (1983). High doses of diazepam improve neuroleptic-resistant chronic schizophrenic patients. *Psychopharmacology*, 81(1), 42-47.
- Newport, J., Carpenter, L., & McDonald, W. (2015). Ketamine and other NMDA antagonists : Early clinical trials and possible mechanisms in depression. *American Journal of Psychiatry*, 172(10), 950-966.
- NICE. (2009). *Depression in adults : Recognition and management*.
- Nierenberg, A. A., & Amsterdam, J. (1990). Treatment-resistant depression : Definition and treatment approaches. *The Journal of clinical psychiatry*, 51, 39-47.
- Nolen, W. A., Van de Putte, J. J., Dijken, W. A., & Kamp, J. H. (1985). L-5HTP in depression resistant to re-uptake inhibitors : An open comparative study with tranlycypromine. *The British Journal of Psychiatry*, 147(1), 16-22.
- Nowak, G., Ordway, G. A., & Paul, I. A. (1995). Alterations in the N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor complex in the frontal cortex of suicide victims. *Brain research*, 675(1-2), 157-164.
- Overall, J. (1974). Methodologic issues in the epidemiology of treatment resistant depression. *Pharmacopsychiatry*, 7(03), 129-138.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 10(3), 799-812.
- Pacella, B. L., & Impastato, D. J. (1954). Focal stimulation therapy. *American Journal of Psychiatry*, 110(8), 576-578.
- Parker, G., Malhi, G., Crawford, J., & Thase, M. (2005). Identifying 'paradigm failures' contributing to treatment-resistant depression. *Journal of affective disorders*, 87(2-3), 185-191.
- Pascal, C., & Duvesne, J. (1926). *Traitement des maladies mentales par les chocs* (Masson). [https://catalogue.bnf.fr/ark : /12148/cb31062940z](https://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb31062940z)
- Pascual-Leone, A., Gates, J. R., & Dhuna, A. (1991). Induction of speech arrest and counting errors with rapid-rate transcranial magnetic stimulation. *Neurology*, 41(5), 697-702.
- Payne, P., & Verinder, D. (1960). Levomepromazine in the treatment of neuroleptic resistant psychotics. *Journal of Mental Science*, 106(445), 1429-1431.
- Peeters, F. P., Ruhe, H. G., Wichers, M., Abidi, L., Kaub, K., van der Lande, H. J., Spijker, J., Huibers, M. J., & Schene, A. H. (2016). The Dutch measure for quantification of

- treatment resistance in depression (DM-TRD) : An extension of the Maudsley staging method. *Journal of affective disorders*, 205, 365-371.
- Persad, E. (1990). Electroconvulsive therapy in depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(2), 175-182.
- Petit, L.-M. (2017). *Les représentations sociales de l'électroconvulsivothérapie : Analyse historique, filmographique et médiatique du traitement*.
- Pichot, P. (1974). Therapy resistant depressions. Methodological problems. Contributions to methodical questions and animal-experimental aspects. *Pharmakopsychiatrie, Neuropsychopharmakologie*, 7(2), 80-84.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur laliénation mentale*. J. Ant. Brosson.
- Prudic, J., Sackeim, H. A., & Devanand, D. P. (1990). Medication resistance and clinical response to electroconvulsive therapy. *Psychiatry research*, 31(3), 287-296.
- Quitkin, F. M. (1985). The importance of dosage in prescribing antidepressants. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 593-597.
- Quitkin, F., Rifkin, A., & Klein, D. F. (1979). Monoamine oxidase inhibitors : A review of antidepressant effectiveness. *Archives of General Psychiatry*, 36(7), 749-760.
- Raisman, G. (1969). Neuronal plasticity in the septal nuclei of the adult rat. *Brain research*, 14(1), 25-48.
- Rawlings, E. (1920). The histopathologic findings in dementia praecox. *American Journal of Psychiatry*, 76(3), 265-284.
- Remington, G. (1989). Pharmacotherapy of schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 34(3), 211-220.
- Richter, C. P. (1928). The electrical skin resistance : Diurnal and daily variations in psychopathic and in normal persons. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 19(3), 488-508.
- Rickels, K. (1971). Drug combination therapy in neurotic depression : Its advantages and disadvantages. *Pharmacopsychiatry*, 4(06), 308-318.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (2006). *Dictionnaire de la psychanalyse : 3e édition*. Fayard.
- Rush, A. J., Aaronson, S. T., & Demyttenaere, K. (2019). Difficult-to-treat depression : A clinical and research roadmap for when remission is elusive. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(2), 109-118.
- Rush, A. J., Fava, M., Wisniewski, S. R., Lavori, P. W., Trivedi, M. H., Sackeim, H. A., Thase, M. E., Nierenberg, A. A., Quitkin, F. M., & Kashner, T. M. (2004). Sequenced treatment

- alternatives to relieve depression (STAR* D) : Rationale and design. *Controlled clinical trials*, 25(1), 119-142.
- Sackeim, H. A., Aaronson, S. T., Bunker, M. T., Conway, C. R., Demitrack, M. A., George, M. S., Prudic, J., Thase, M. E., & Rush, A. J. (2019). The assessment of resistance to antidepressant treatment : Rationale for the Antidepressant Treatment History Form : Short Form (ATHF-SF). *Journal of psychiatric research*, 113, 125-136.
- Sackeim, H. A., Devanand, D., & Prudic, J. (1991). Stimulus intensity, seizure threshold, and seizure duration : Impact on the efficacy and safety of electroconvulsive therapy. *Psychiatric Clinics*, 14(4), 803-843.
- Sackeim, H. A., Prudic, J., Devanand, D., Kiersky, J. E., Fitzsimons, L., Moody, B. J., McElhiney, M. C., Coleman, E. A., & Settembrino, J. M. (1993). Effects of stimulus intensity and electrode placement on the efficacy and cognitive effects of electroconvulsive therapy. *New England Journal of Medicine*, 328(12), 839-846.
- Sackeim, H. A., Prudic, J., Devanand, D., Nobler, M. S., Lisanby, S. H., Peyser, S., Fitzsimons, L., Moody, B. J., & Clark, J. (2000). A prospective, randomized, double-blind comparison of bilateral and right unilateral electroconvulsive therapy at different stimulus intensities. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 425-434.
- Sadock, B. J. (2000). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 7th edition* (Vol. 2). lippincott Williams & wilkins Philadelphia.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2005). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 8th edition* (Vol. 2). lippincott Williams & wilkins Philadelphia.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2009). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 9th edition* (Lippincott Williams and Wilkins, 1-2).
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 10th edition* (Wolters Kluwer Health, 1-2).
- Sadove, M., Shulman, M., Hatano, S., & Fevold, N. (1971). Analgesic effects of ketamine administered in subdissociative doses. *Anesthesia & Analgesia*, 50(3), 452-457.
- Sanacora, G., Frye, M., & McDonald, W. (2017). A consensus statement on the use of ketamine in the treatment of mood disorders. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 399-405.
- Sartorius, N. (1974). Description and classification of depressive disorders. *Pharmakopsychiatr. Neuropsychopharmakol*, 7, 76-79.
- Scott, J. (1988). Chronic depression. *The British Journal of Psychiatry*, 153(3), 287-297.
- Shepley, W., & McGregor, J. (1940). The clinical applications of electrically induced convulsions. *Proceedings of the royal society of medicine*, 268-274.

- Shopsin, B. (1978). Tricyclics and MAOI inhibitors : rational polypharmacy in treatment-resistant depressions. In *Neuro-Psychopharmacology* (p. 1067-1083). Elsevier.
- Sigström, R., Nordenskjöld, A., Juréus, A., Clements, C., Joas, E., Pålsson, E., & Landén, M. (2020). Long-term subjective memory after electroconvulsive therapy. *BJPsych Open*, 6(2).
- Simpson, G. M., Kunz, E., & Watts, T. (1965). A new butyrophenone in the treatment of chronic schizophrenia. *Psychopharmacologia*, 8(3), 223-226.
- Singh, J. B., Fedgchin, M., Daly, E., Xi, L., Melman, C., De Bruecker, G., Tadic, A., Sienaert, P., Wiegand, F., & Manji, H. (2016). Intravenous esketamine in adult treatment-resistant depression : A double-blind, double-randomization, placebo-controlled study. *Biological psychiatry*, 80(6), 424-431.
- Skolnick, P., Layer, R., & Popik, P. (1996). Adaptations of N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptors following antidepressant treatment : Implications for the pharmacotherapy of depression. *Pharmacopsychiatry*, 29(1), 23-26.
- Société de l'évolution psychiatrique. (1966). *Le Livre blanc de la psychiatrie française* (Edouard Privat).
- Sofia, R., & Harakal, J. (1975). Evaluation of ketamine HCl for anti-depressant activity. *Archives internationales de pharmacodynamie et de therapie*, 214(1), 68.
- Souery, D., Amsterdam, J., De Montigny, C., Lecrubier, Y., Montgomery, S., Lipp, O., Racagni, G., Zohar, J., & Mendlewicz, J. (1999). Treatment resistant depression : Methodological overview and operational criteria. *European Neuropsychopharmacology*, 9(1), 83-91.
- Squire, L. R., & Zouzounis, J. A. (1986). ECT and memory : Brief pulse versus sine wave. *The American journal of psychiatry*, 143(5), 596-601.
- Stahl, S. M. (2013). *Stahl's essential psychopharmacology : Neuroscientific basis and practical applications*.
- Thase, M. E., Kupfer, D. J., Frank, E., & Jarrett, D. B. (1989). Treatment of imipramine-resistant recurrent depression : II. An open clinical trial of lithium augmentation. *The Journal of clinical psychiatry*, 50(11), 413-417.
- Thase, M. E., & Rush, A. J. (1997). When at first you don't succeed : Sequential strategies for antidepressant nonresponders. *The Journal of clinical psychiatry*, 58(suppl 13), 23-29.
- Thompson, J. W., & Blaine, J. D. (1987). Use of ECT in the United States in 1975 and 1980. *The American journal of psychiatry*, 144(5), 557-562.

- Turek, I. (1973). Combined use of ECT and psychotropic drugs: Antidepressives and antipsychotics. *Comprehensive Psychiatry*, 14(6), 495-502.
- Turner, E. H. (2019). Esketamine for treatment-resistant depression: Seven concerns about efficacy and FDA approval. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 977-979.
- Vaddadi, K., Gilleard, C., Mindham, R., & Butler, R. (1986). A controlled trial of prostaglandin E1 precursor in chronic neuroleptic resistant schizophrenic patients. *Psychopharmacology*, 88(3), 362-367.
- Valentine, M., Keddie, K., & Dunne, D. (1968). A comparison of techniques in electroconvulsive therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 114(513), 989-996.
- Van Hiele, L. (1980). L-5-hydroxytryptophan in depression: The first substitution therapy in psychiatry? *Neuropsychobiology*, 6(4), 230-240.
- Van Praag, H. M., van den Burg, W., Bos, E. R., & Dols, L. C. (1974). 5-Hydroxytryptophan in combination with clomipramine in "therapy-resistant" depressions. *Psychopharmacologia*, 38(3), 267-269.
- Wachtel, H., & Turski, L. (1990). Glutamate: A new target in schizophrenia? *Trends in pharmacological Sciences*, 11(6), 219-220.
- Weeks, D., Freeman, C., & Kendell, R. (1980). ECT: III: Enduring Cognitive Defecits? *The British Journal of Psychiatry*, 137(1), 26-37.
- Wei, Y., Chang, L., & Hashimoto, K. (2020). A historical review of antidepressant effects of ketamine and its enantiomers. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 190, 172870.
- Weiner, R. D. (1984). Does electroconvulsive therapy cause brain damage? *Behavioral and Brain Sciences*, 7(1), 1-22.
- Weiner, R., Rogers, H., Welch, C., Davidson, J., Miller, R., Weir, D., Cahill, J., & Squire, L. (1984). ECT stimulus parameters and electrode placement: Relevance to therapeutic and adverse effects. In *ECT: Basic Mechanisms* (p. 139-147). Libbey London.
- White, A., & Sims, A. (1974). The use of an oral long-acting anti-psychotic agent, penfluridol, in schizophrenia. *Current Medical Research and Opinion*, 2(1), 23-26.
- Winslade, W. J., Liston, E. H., Ross, J. W., & Weber, K. D. (1984). Medical, judicial, and statutory regulation of ECT in the United States. *The American journal of psychiatry*, 141(11), 1349-1355.
- Wisniewski, S. R., Rush, A. J., Nierenberg, A. A., Gaynes, B. N., Warden, D., Luther, J. F., McGrath, P. J., Lavori, P. W., Thase, M. E., & Fava, M. (2009). Can phase III trial results of antidepressant medications be generalized to clinical practice? A STAR* D report. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 599-607.

- Wolpert, A., Sheppard, C., & Merlis, S. (1967). An early clinical evaluation of clopenthixol in treatment-resistant female schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, *124*(5), 702-705.
- Wortis, J. (1948). Failures with insulin shock therapy. In Hoch, P. H., *Failures in psychiatric treatment: the proceedings of the thirty-seventh annual meeting of the psychopathological association, held in New York City, June 1947*, 153-160. Grune & Stratton.
- Wortis, J., Bowman, K. M., Orenstein, L. L., & Rosenbaum, I. J. (1937). Further experiences at Bellevue Hospital with the hypoglycemic insulin treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *94*(1), 153-158.
- Wright, R., & Kyne, W. (1960). A clinical and experimental comparison of four anti-schizophrenic drugs. *Psychopharmacologia*, *1*(6), 437-449.
- Wyllie, A. M. (1938). Treatment of mental disorders by cardiazol. *Glasgow Medical Journal*, *129*(6), 269.
- Yrondi, A., Bennabi, D., Haffen, E., Garnier, M., Bellivier, F., Bourgerol, T., Camus, V., D'amato, T., Doumy, O., & Haesebaert, F. (2017). Significant need for a french network of expert centers enabling a better characterization and management of treatment-resistant depression (fondation fondamentale). *Frontiers in psychiatry*, *8*, 244.
- Zangwill, D. (1965). Clinical trial of the treatment of depressive illness. *Brit. med. J*, *1*, 881-886.
- Zarate, C., Singh, J., & Carlson, P. J. (2006). A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Archives of General Psychiatry*, *63*(8), 856-864.
- Zhang, M. W., & Ho, R. (2016). Controversies of the Effect of Ketamine on Cognition. *Frontiers in Psychiatry*, *7*, 47.
- Zimmermann, K. S., Richardson, R., & Baker, K. D. (2020). Esketamine as a treatment for paediatric depression : Questions of safety and efficacy. *The Lancet Psychiatry*, *7*(10), 827-829.
- Zusky, P. M., Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Manschreck, T. C., Gross, C. C., Weilberg, J. B., & Gastfriend, D. R. (1988). Adjunct low dose lithium carbonate in treatment-resistant depression : A placebo-controlled study. *Journal of clinical psychopharmacology*, *8*(2), 120-124.

2. Sources secondaires

- Adams, V., Murphy, M., & Clarke, A. E. (2009). Anticipation : Technoscience, life, affect, temporality. *Subjectivity*, 28(1), 246-265.
- Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R., & Scrimshaw, S. C. (2003). *The handbook of social studies in health and medicine*. Sage.
- Armstrong, D. (2019). Diagnosis: From classification to prediction. *Social Science & Medicine*, 237, 112-444.
- Arney, W. R., & Bergen, B. J. (1983). The anomaly, the chronic patient and the play of medical power. *Sociology of health & illness*, 5(1), 1-24.
- Artières, P., & Henckes, N. (2023). « Mon cher confrère... » -Lettres d'un psychiatre (1953-1963). Cnrs.
- Atkinson, P. (1995). *Medical talk and medical work*. Sage.
- Barrett, R. J. (1988). Clinical writing and the documentary construction of schizophrenia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12(3), 265-299.
- Barrett, R. J. (1996). *The psychiatric team and the social definition of schizophrenia: An anthropological study of person and illness*. Cambridge University Press.
- Barrett, R. J. (1997). *La traite des fous : La construction sociale de la schizophrénie*. Institut synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27, 3-27.
- Baszanger, I. (1995). *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Seuil.
- Baszanger, I. (2000). Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur : Les frontières invisibles des innovations thérapeutiques. *Sciences sociales et santé*, 18(2), 67-94.
- Baszanger, I. (2012). One more chemo or one too many? Defining the limits of treatment and innovation in medical oncology. *Social science & medicine*, 75(5), 864-872.
- Becker, H. S. (1967). History, culture and subjective experience: An exploration of the social bases of drug-induced experiences. *Journal of health and social behavior*, 163-176.
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*. Editions Métailié.
- Blaxter, M. (1978). Diagnosis as category and process: The case of alcoholism. *Social Science & Medicine. Part A : Medical Psychology & Medical Sociology*, 12, 9-17.
- Borelle, C. (2017). *Diagnostiquer l'autisme : Une approche sociologique*. Presses des Mines via OpenEdition.

- Braslow, J. (1997). *Mental ills and bodily cures: Psychiatric treatment in the first half of the twentieth century* (Vol. 8). Univ of California Press.
- Briffault, X., & Martin, O. (2011). Déprimer par les nombres : Le façonnage statistique et psychométrique des dépressions contemporaines. *Sociologie et sociétés*, 43(2), 67-89.
- Brown, P. (1990). The name game: Toward a sociology of diagnosis. *The Journal of Mind and Behavior*, 385-406.
- Bucher, R., & Strauss, A. (1961). Professions in process. *American journal of sociology*, 66(4), 325-334.
- Bungener, M., & Poisson-Salomon, A.-S. (1998). *Travailler et soigner en réseau : Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne*. Les éditions INSERM.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health & illness*, 4(2), 167-182.
- Callon, M., & Rabearisoa, V. (1999). De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : Ou comment faire disparaître la personne du patient ? *Sociologie du travail*, 41(2), 143-162.
- Cefaï, D. (2001). Les cadres de l'action collective. *Les formes de l'action collective. Mobilisations dans les arènes publiques*. D. Cefaï and D. Trom (eds.). Paris, Editions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 51-98.
- Cefaï, D. (2012). *L'expérience des problèmes publics*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Cefaï, D., Bidet, A., Stavo-Debaugé, J., Frega, R., Hennion, A., & Terzi, C. (2015). Introduction du dossier « Pragmatisme et sciences sociales : Explorations, enquêtes, expérimentations ». *SociologieS*.
- Cefaï, D., & Trom, D. (2001). *Les formes de l'action collective : Mobilisations dans des arènes publiques*. Editions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Champion, F., & Garnoussi, N. (2017). La vie humaine au prisme de la question contemporaine de la santé mentale. *Revue française d'éthique appliquée*, 1, 57-68.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health & illness*, 5(2), 168-195.
- Charmaz, K. (1991). *Good days, bad days: The self in chronic illness and time*. Rutgers University Press.
- Charmaz, K. (1994). Identity dilemmas of chronically ill men. *The Sociological Quarterly*, 35(2), 269-288.

- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. sage.
- Chauvenet, A. (1978). *Médecines au choix, médecine de classes*. Presses universitaires de France.
- Christakis, N. A. (2001). *Death foretold: Prophecy and prognosis in medical care*. University of Chicago Press.
- Cicourel, A. V. (2002). *Le raisonnement médical : Une approche sociocognitive*. Seuil.
- Demazeux, S. (2013). *Qu'est-ce que le DSM ? : Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*. Ithaque Paris.
- Demazeux, S. (2015). ECA ou la naissance du sondage psychiatrique. *Bulletin d'histoire et d'epistemologie des sciences de la vie*, 22(2), 161-171.
- Demazeux, S. (2019). *L'Éclipse du symptôme. L'observation clinique en psychiatrie—1800—1950*. Ithaque Paris.
- Dodier, N. (1998). Ilana Löwy, Between bench and bedside. Science, healing, and interleukine-2 in a cancer ward. *Sciences sociales et santé*, 16(1), 138-146.
- Dodier, N., & Barbot, J. (2016). *La force des dispositifs*. 71(2), 421-450.
- Dodier, N., & Camus, A. (1997a). *L'admission Des Malades. Histoire et Pragmatique de L'accueil A L'hôpital*. 52(4), 733-763.
- Dodier, N., & Camus, A. (1997 b). L'hospitalité de l'hôpital. *Communications*, 65(1), 109-119.
- Durkheim, É. (2013). *Les formes élémentaires de la vie religieuse : Le système totémique en Australie. Préface de Jean-Paul Willaime*. Presses universitaires de France.
- Edel, Y., & Caroli, F. (1987). Histoire de l'électrochoc : Des traitements électriques à la convulsivothérapie en psychiatrie. *Bulletin d'histoire de l'électricité*, 9(1), 87-114.
- Ehrenberg, A. (2008). *La fatigue d'être soi : Dépression et société*. Odile Jacob.
- Emerson, R. M., & Messinger, S. L. (1977). The micro-politics of trouble. *Social Problems*, 25(2), 121-134.
- Estroff, S. E. (1985). *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community*. Univ of California Press.
- Fassin, D., & Rechtman, R. (2010). *L'empire du traumatisme : Enquête sur la condition de victime*. Flammarion.
- Fleck, L. (2008). *Genèse et développement d'un fait scientifique*. Flammarion.
- Foucault, M. (1975). Surveiller et punir. *Paris*, 1, 192-211.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique*. Paris.

- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population : Cours au Collège de France, 1977-1978*. Gallimard.
- Fox, R. C. (1959). *Experiment perilous: Physicians and patients facing the unknown*. Transaction Publishers.
- Fox, R. C. (1980). The evolution of medical uncertainty. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 1-49.
- Fox, R. C., Gaudin, N., & Leclercq, A. (1988). *L'incertitude médicale*. L'Harmattan.
- Fox, R. C., & Swazey, J. P. (1974). *The courage to fail: A social view of organ transplants and dialysis*. Transaction Publishers.
- Francois, P., & Musselin, C. (2022). Coopérer dans un monde en compétition. In Borraz, O., *La société des organisations*, Presses de Sciences Po.
- Freidson, E. (1975). *Doctoring together: A study of professional social control*.
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press.
- Garfinkel, H. (2009). *Recherches en ethnométhodologie*. Presses universitaires de France.
- Gaudillière, J.-P. (2002). *Inventer la biomédecine : La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*. Éditions la Découverte.
- Gerber, L., & Gaudillière, J.-P. (2016). Marketing Masked Depression: Physicians, Pharmaceutical Firms, and the Redefinition of Mood Disorders in the 1960s and 1970s. *Bulletin of the History of Medicine*, 90(3), 455-490.
- Giddens, A. (2013). *The consequences of modernity*. John Wiley & Sons.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017a). *Awareness of dying*. Routledge.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017 b). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne, tome 1 : La présentation de soi*. Les éditions de minuit.
- Goffman, E. (2013). *Comment se conduire dans les lieux publics. Notes sur l'organisation sociale des rassemblements*. Économica.
- Goldstein, J. E. (2001). *Console and classify: The French psychiatric profession in the nineteenth century*. University of Chicago Press.
- Guillemain, H. (2018). *Schizophrènes au XXème siècle*. Alma Editeur.
- Gusfield, J. R. (1996). *Contested meanings: The construction of alcohol problems*. Univ of Wisconsin Press.

- Hardy-Dubernet, A.-C., Arliaud, M., Horellou-Lafarge, C., Le Roy, F., & Blanc, M.-A. (2001). *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*. [Rapport de laboratoire de recherche] laboratoire d'économie et sociologie du travail (LEST) ; laboratoire Georges Friedmann.
- Healy, D. (1997). *The antidepressant era*. Harvard University Press.
- Healy, D. (2009). *The creation of psychopharmacology*. Harvard University Press.
- Henckes, N. (2007). *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*. Thèse de sociologie, École des hautes études en sciences sociales.
- Henckes, N. (2011). Reshaping chronicity: Neuroleptics and changing meanings of therapy in French psychiatry, 1950–1975. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 42(4), 434-442.
- Henckes, N. (2016). Magic Bullet in the Head? Psychiatric Revolutions and Their Aftermath. In Greene J. A., Condrau F., Watkins E. S., *Therapeutic revolutions: pharmaceuticals and social change in the twentieth century*. University of Chicago Press, 65-96.
- Henry, S., Lavielle, C., & Patenotte, F. (2016). *L'hôpital Sainte-Anne : Pionnier de la psychiatrie et des neurosciences au cœur de Paris*. Somogy éditions d'art.
- Herzlich, C. (1973). Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière. *Revue française de sociologie*, 41-59.
- Hirschauer, S. (1991). The manufacture of bodies in surgery. *Social studies of science*, 21(2), 279-319.
- Hubert, H., & Mauss, M. (1897). Essai sur la nature et la fonction du sacrifice. *L'Année sociologique (1896/1897-1924/1925)*, 2, 29-138.
- Hubert, H., & Mauss, M. (1902). Esquisse d'une théorie générale de la magie. *L'Année sociologique (1896/1897-1924/1925)*, 7, 1-146.
- Hunter, K. M. (1991). *Doctors' stories. The narrative structure of medical knowledge*. Princeton university press.
- Isambert, F.-A. (1979). Henri Hubert et la sociologie du temps. *Revue française de sociologie*, 183-204.
- Jamous, H. (1969). *Sociologie de la décision : La réforme des études médicales et des structures hospitalières*. CNRS.
- Kaufman, S. (2005). *And a time to die : How American hospitals shape the end of life*. Simon and Schuster.

- Keating, P., & Cambrosio, A. (2003). *Biomedical platforms: Realigning the normal and the pathological in late-twentieth-century medicine*. MIT Press.
- Keating, P., & Cambrosio, A. (2011). *Cancer on trial : Oncology as a new style of practice*. University of Chicago Press.
- Koselleck, R., & Richter, M. W. (2006). Crisis. *Journal of the History of Ideas*, 67(2), 357-400.
- Kuty, O. (1975). Orientation culturelle et profession médicale : La relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel et son environnement. *Revue française de sociologie*, 189-214.
- Lane, R. (2020). Expanding boundaries in psychiatry : Uncertainty in the context of diagnosis-seeking and negotiation. *Sociology of health & illness*, 42, 69-83.
- Löwy, I. (1992). The strength of loose concepts—Boundary concepts, federative experimental strategies and disciplinary growth : The case of immunology. *History of science*, 30(4), 371-396.
- Löwy, I. (1996). *Between bench and bedside : Science, healing, and interleukin-2 in a cancer ward*. Harvard University Press.
- Majerus, B. (2013). *Parmi les fous : Une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*. Presses universitaires de Rennes.
- Marks, H. M. (2000). *The progress of experiment : Science and therapeutic reform in the United States, 1900-1990*. Cambridge University Press.
- Martin, E. (2009). *Bipolar expeditions : Mania and depression in American culture*. Princeton University Press.
- Metzl, J. (2003). *Prozac on the couch : Prescribing gender in the era of wonder drugs*. Duke University Press.
- Michel, A. (À paraître). « Avec la kétamine, ils font leur propre psychothérapie ». Émergence, expérimentation et abandon des usages d'une innovation médicamenteuse en psychiatrie. In Champion, F., Garnoussi N., *La santé mentale en mouvement. Entre incertitudes et nouvel ordre thérapeutique*.
- Mion, G. (2017). Histoire de la kétamine et du psychédélisme. *Annales médico-psychologiques*, 175(7), 661-664.
- Missa, J.-N. (2006). *Naissance de la psychiatrie biologique : Histoire des traitements des maladies mentales (1920-1960)*.
- Moerman, D. E., Benoist, J., Brody, E. B., Giovannini, M., Gracia, M. F., Hall, E. T., Heggenhougen, H., Jonas, D. F., Kearney, M., & Kedenburg, D. (1979). Anthropology of symbolic healing [and comments and reply]. *Current Anthropology*, 20(1), 59-80.

- Moncrieff, J. (2008). The creation of the concept of an antidepressant : An historical analysis. *Social Science & Medicine*, 66(11), 2346-2355.
- Moncrieff, J. (2013). Magic bullets for mental disorders : The emergence of the concept of an “antipsychotic” drug. *Journal of the History of the Neurosciences*, 22(1), 30-46.
- Moreau, D. (2011). Conjurant la qualification de violence dans l’usage professionnel de la contrainte : Le recours à la chambre d’isolement dans un service de psychiatrie. *Revue Sociologie Santé* (33).
- Moreau, D., & Marquès, A. (2020). Programmes de soins : Quand la contrainte se déploie hors des murs de l’hôpital. *L’information psychiatrique*, 96(3), 177-184.
- Moutaud, B. (2009). *C’est un problème neurologique ou psychiatrique ? Ethnologie de la stimulation cérébrale profonde appliquée au trouble obsessionnel compulsif* [René Descartes - Paris V]. <tel-00516588>
- Mulinari, S. (2012). Monoamine theories of depression : Historical impact on biomedical research. *Journal of the History of the Neurosciences*, 21(4), 366-392.
- Mulinari, S. (2015). Divergence and convergence of commercial and scientific priorities in drug development : The case of Zeldin, the first SSRI antidepressant. *Social Science & Medicine*, 138, 217-224.
- Murat, L. (2001). *La maison du docteur Blanche*. Jc Lattès.
- Nurok, M. (2007). *Entre économie technique et économie morale : Le travail d’urgence vitale à Paris et à New York*. Thèse de sociologie, École des hautes études en sciences sociales.
- Ogien, A. (2014). Pragmatismes et sociologies. *Revue française de sociologie*, 3, 563-579.
- Ogien, A., & Toledo, M. (1986). Le sens de l’hospitalisation. *Sciences sociales et santé*, 4(2), 5-32.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Routledge.
- Peneff, J. (1997). Le travail du chirurgien : Les opérations à cœur ouvert. *Sociologie du travail*, 265-296.
- Perrow, C. (1967). A framework for the comparative analysis of organizations. *American sociological review*, 194-208.
- Pinell, P. (2004). La normalisation de la psychiatrie française. *Regards sociologiques*, 29(3).
- Pressman, J. D. (2002). *Last resort : Psychosurgery and the limits of medicine*. Cambridge University Press.
- Quérel, L. (2001). La structure cognitive et normative de la confiance. *Réseaux*, 4, 125-152.
- Rasmussen, N. (2008). *On speed : The many lives of amphetamine*. NYU Press.

- Rhodes, L. A. (1995). *Emptying beds : The work of an emergency psychiatric unit*. Univ of California Press.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the Twenty-first century*. Princeton University Press.
- Rzesnitzek, L. (2015). A Berlin psychiatrist with an American passport : Lothar Kalinowsky, electroconvulsive therapy and international exchange in the mid-twentieth century. *History of psychiatry*, 26(4), 433-451.
- Sadowsky, J. (2016). *Electroconvulsive Therapy in America : The Anatomy of a Medical Controversy*. Routledge.
- Scheff, T. J. (2017). *Being mentally ill : A sociological study*. Routledge.
- Shorter, E. (2009). The history of lithium therapy. *Bipolar disorders*, 11, 4-9.
- Shorter, E., & Healy, D. (2007). *Shock therapy : A history of electroconvulsive treatment in mental illness*. Rutgers University Press.
- Sorokin, P. A., & Merton, R. K. (1937). Social time : A methodological and functional analysis. *American Journal of Sociology*, 42(5), 615-629.
- Spector, M., & Kitsuse, J. I. (1973). Social problems : A re-formulation. *Social problems*, 21(2), 145-159.
- Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). Institutional ecology, translations' and boundary objects : Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social studies of science*, 19(3), 387-420.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research* (Vol. 15). Newbury Park, CA: Sage.
- Strauss, A. L. (1981). *Psychiatric ideologies and institutions*. Transaction Publishers.
- Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. Editions L'Harmattan.
- Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1985). *Social Organization of Medical Work*. The University of Chicago Press
- Sulzer, S. H. (2015). Does "difficult patient" status contribute to de facto demedicalization ? The case of borderline personality disorder. *Social Science & Medicine*, 142, 82-89.
- Swazey, J. P. (1974). *Chlorpromazine in psychiatry : A study of therapeutic innovation*. The MIT Press.
- Thuillier, J. (2003). *Les dix ans qui ont changé la folie, la dépression et l'angoisse*. Erès.
- Timmermans, S. (1999). *Sudden Death and the Myth of CPR*. Temple University Press.

- Timmermans, S., & Berg, M. (1997). Standardization in action : Achieving local universality through medical protocols. *Social studies of science*, 27(2), 273-305.
- Timmermans, S., & Berg, M. (2010). *The gold standard : The challenge of evidence-based medicine*. Temple University Press.
- Timmermans, S., & Epstein, S. (2010). A world of standards but not a standard world : Toward a sociology of standards and standardization. *Annual review of Sociology*, 36, 69-89.
- Timmermans, S., & Mauck, A. (2005). The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Affairs*, 24(1), 18-28.
- Trom, D. (2001). Grammaire de la mobilisation et vocabulaires de motifs. *Les formes de l'action collective. Mobilisation dans les arènes publiques*, 99-132.
- Weisz, G. (1995). *The medical mandarins : The French Academy of Medicine in the nineteenth and early twentieth centuries*. Oxford University Press on Demand.
- Weisz, G. (2006). *Divide and conquer : A comparative history of medical specialization*. Oxford University Press, USA.
- Weisz, G. (2014). *Chronic disease in the twentieth century : A history*. JHU Press.
- Weisz, G., Cambrosio, A., Keating, P., Knaapen, L., Schlich, T., & Tournay, V. J. (2007). The emergence of clinical practice guidelines. *The Milbank Quarterly*, 85(4), 691-727.
- Worboys, M. (2013). The Hamilton Rating Scale for Depression : The making of a “gold standard” and the unmaking of a chronic illness, 1960–1980. *Chronic illness*, 9(3), 202-219.
- Zanetti, F. (2017). *L'électricité médicale dans la France des Lumières*. Voltaire Foundation Oxford.
- Zerubavel, E. (1979). *Patterns of Time in Hospital Life. A Sociological Perspective*. University of Chicago Press.
- Zerubavel, E. (1985). *Hidden rhythms : Schedules and calendars in social life*. Univ of California Press.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The sociological review*, 20(4), 487-504.
- Zussman, R. (1993). Life in the hospital : A review. *The Milbank Quarterly*, 167-185.