



LE MYTHE DE L'AGITATION DES MALADES MENTAUX

DOCTEUR PHILIPPE PAUMELLE

I. — L'agitation, action d'agiter.

Les conduites de participation

Pour préparer cet exposé, j'ai feuilleté les dictionnaires médicaux et les traités de psychiatrie à la recherche d'une définition ou d'une description clinique de l'agitation.

Tout se passe comme si l'état d'agitation ne faisait partie ni de la sémiologie, ni de la pathologie proprement psychiatrique. Mon étude est-elle donc sans objet ?

Ce sont l'analyse étymologique et le langage vulgaire qui m'ont permis d'introduire une réflexion psychiatrique sur un tel sujet.

Il m'est apparu qu'en jargon psychiatrique, le mot agitation exprimait un état, celui du malade dit « agité ». Et c'est certainement une étude sur ce sujet que vous attendez.

À l'inverse de cette interprétation, pour la langue commune, le même terme prend normalement un sens actif, l'action d'agiter, c'est-à-dire de secouer, d'ébranler. De même que l'excitation est l'action d'exciter, ou l'action le fait d'agir.

Si vous demandez à votre voisin ou à votre journal un exemple d'agitation, il vous racontera l'histoire du fou-furieux, du forcené, qui un jour a déplacé Police-Secours, terrorisé sa femme et ses enfants, obligé le Préfet à mobiliser la brigade des gaz ou les C.R.S. Il vous décrira l'émotion dans le quartier, la présence d'esprit du cafetier du coin, les cris des femmes, et l'utilité du judo pour rendre inoffensifs de tels sujets.

Le fait central, reste toujours l'action agitante que provoque le comportement étrange et exceptionnellement dangereux du malade mental : réactions de défense, d'exclusion, de répression, conduites primitives immédiates qu'expriment bien les formules habituelles : « bon à enfermer », « fou à lier ». Il n'est guère possible alors d'obtenir une attitude objective de la part de l'observateur. Le contact avec le malade est rompu et il n'a aucun souci de justifier ni même d'expliquer les sentiments de celui-ci. Dès qu'il est étiqueté « fou » il est globalement ressenti comme une atteinte à l'ordre

et comme la manifestation d'une puissance mystérieuse et certainement maléfique.

L'agitation, c'est notre première constatation, est d'abord l'action troublante, le désordre que provoque par sa seule présence le malade mental dans son entourage. Il est perçu, vécu, comme agitant, avant de l'être comme agité.

Témoin cette vieille législation de 1791 : « Sont passibles de peines de Police correctionnelle ceux qui laisseront divaguer des insensés ou furieux, ou des animaux malfaisants ou féroces. »

Témoins les circonstances de « la capture » qui précèdent aujourd'hui encore bien des internements d'office.

Mais le langage asilaire actuel a complètement scotomisé cette signification, pour nous première, du mot agitation.

Nos réactions devant le malade perturbateur, avec les instruments habituels que sont la camisole, la fixation au lit, le passage aux agités, l'encellulement, etc... peuvent-elles être autrement considérées que comme une participation inconsciente à l'agitation ? Nous est-il permis d'abord d'étudier cette agitation là, notre propre situation d'agité ?

Pour inconsciente et inavouée qu'elle soit, elle n'en est pas moins déterminante. Nous verrons plus loin comment la mise à jour, la prise de conscience claire de nos conduites de « participation mystique » (Lévy-Bruhl) en face du malade, sont nécessaires à la compréhension du malade agité, de l'agitation-état.

Nous ne faisons là que reprendre d'une autre manière, et avec l'éclairage apporté par les données psychanalytiques, l'excellente analyse de la Fureur faite en 1838 par Esquirol :

« Ne voyant dans les fous que des furieux, on a logé, traité tous les aliénés comme des êtres dangereux et malfaisants prêts à tout détruire, à tout exterminer, dont il fallait garantir la société : de là les cachots, les loges, les grilles, les chaînes, les coups, moyens qui en exaspérant le délire, étaient un des principaux obstacles à la guérison des aliénés. »

Ainsi, refusant de décrire « la fureur » (l'agitation portée à son plus haut degré) comme une des modalités cliniques de l'alié-

(1) Entretiens Psychiatriques, 1953.

nation mentale, il en fait un produit des réactions agressives non-contrôlées et irrationnelles de la société et des médecins. Il conclut ainsi son article :

« Depuis que ces infortunés sont traités avec bienveillance, le nombre des furieux a diminué, au point que dans les hospices bien tenus et convenablement distribués, sur plusieurs centaines d'aliénés, on n'en rencontre quelquefois pas un seul qui soit en fureur. »

II. — Agitation et personnage du médecin

Les cellules, les camisoles, les chaînes, sont les conséquences directes et évidentes de la peur du malade, de l'agitation qu'il répand autour de lui. Elle revêt dans le personnage du médecin des formes particulières, insidieuses et surcompensées.

C'est justement sa manière de masquer sa participation qui l'exprime le plus évidemment. *Il se forge un personnage symbolique de l'autorité.* « Il est nécessaire d'acquérir et de posséder le plus promptement possible une certaine autorité et une grande influence sur le malade, pour l'obliger à se soumettre aux règles salutaires qui sont établies dans son intérêt ». Ainsi s'exprime, en 1844, Monsieur Battelli, Administrateur de la Salpêtrière.

Et Brierre de Boismont vers la même époque est partisan de « prouver au malade que faute par lui de se soumettre, le médecin a le pouvoir de le contraindre ». Le même auteur ne craint pas de poser en principe ce type de rapport entre médecin et malade :

« Plusieurs fois j'ai été obligé de parler avec fermeté, d'employer même l'intimidation pour me rendre maître de certaines natures violentes; dans ce cas j'ai toujours eu soin de dire à l'aliéné quelque furieux qu'il fut : « C'est avec la plus grande peine que je me vois forcé d'agir ainsi, mais je le dois dans votre intérêt et dans celui des autres » malades, plus tard vous m'en saurez gré. »

Aujourd'hui, me dira-t-on, personne ne défend plus ce principe de l'intimidation, mais il reste indéniable qu'il imprègne le personnage de bien des médecins.

Comme l'écrivait justement Lwoff, Médecin à Ville-Evrard à la fin du siècle dernier, la peur inavouée du malade reste une réalité :

« Le médecin directeur qui en deux heures parcourt les salles, où derrière des bancs et des tables massifs sont alignés plus de 1 000 malades, les regarde d'un œil inquiet, parce que le plus souvent

il ne sait ce qui se passe sous certaines calottes crâniennes et l'inconnu l'effraye. »

Dans de nombreuses formules journalièrement employées le médecin avoue sans s'en rendre compte le conditionnement subjectif des mesures répressives qu'il prend : « J'ai dû passer un tel aux agités, celui-ci, agité, a dû être maintenu. »

Bien sûr, *d'opportunes rationalisations secondaires* viennent justifier de telles méthodes : elles sont nécessité, car il faut « empêcher de nuire » avant de guérir. On avance l'inconscience et l'insensibilité du malade et l'absence de signification de son comportement d'agitation. Celui-ci est alors instinctivement considéré comme le signe direct de la lésion cérébrale. Les stériles recherches anatomo-pathologiques auxquelles se sont consacrés des médecins d'asile à l'exclusion de toute activité thérapeutique dans leur service, le mécanisme convaincu et primitif qu'ils professaient à la suite de Broussais (*De l'irritation et de la folie*) sont dans la logique de leurs réactions instinctives en face de l'aliéné.

L'activité thérapeutique elle-même est gravement contaminée par ces attitudes répressives qui excluent l'objectivité scientifique.

Bien sûr, *les plus beaux exemples de ces traitements irrationnels et agressifs sont antérieurs à Pinel.* Dans son *Traité de la Folie*, publié en 1845, Calmeil nous donne la description du traitement préconisé par Willis pour la manie et la fureur. C'est un traitement qui répond très directement à la terreur par la terreur :

« Les émissions sanguines, les émétiques, les cathartiques, lui semblent devoir être prescrits avec une hardiesse voisine de l'audace. C'est principalement sur les furieux que le traitement doit être poussé avec vigueur. « Au point de vue moral », on doit chercher à maintenir les maniaques dans les limites des convenances et du devoir, et à réprimer le tumulte de leurs actes en agissant sur leur âme, par voie d'intimidation, en les entourant de gardiens dont l'aspect suffit pour les jeter dans la terreur; on ne doit épargner pour atteindre à ce but, ni les menaces, ni les chaînes, ni les coups, attendu que les souffrances et les tortures agissent plus efficacement pour réprimer l'élan de la fureur que les substances médicamenteuses... »

Les progrès de la psychiatrie ont certainement été marqués par l'exclusion progressive de la violence, comme traitement. Pinel et Esquirol par exemple, ont ainsi combattu la pratique excessive de la saignée

et démontré sa non-justification thérapeutique et sa nocivité :

« On saignait avec excès les furieux, écrit Esquirol, dans l'intention d'abattre leurs forces et l'on ne s'apercevait pas que la perte du sang augmentait le mal, qu'elle ne calmait les malades qu'en les privant de la puissance de réaction nécessaire à la solution de la maladie. »

Le problème n'est plus exactement le même aujourd'hui. La violence est proscrite et nous disposons de traitements qui ont, semble-t-il, des indications spécifiques.

Mais cette confusion continue de se produire en particulier en face des résistances, des réactions d'opposition du malade. Celui-ci refuse-t-il ses aliments ? on en recherchera rarement les motivations dont la découverte permettrait un traitement causal. Ce comportement est vécu comme une atteinte inadmissible à l'ordre ou une manière de mettre en échec l'autorité du médecin et du personnel : « Si tu ne manges pas, tu auras le tuyau », et c'est le nez pincé, le voile sur la tête, la lutte inégale avec cinq infirmiers déjà triomphants.

L'électro-choc avec tout le symbolisme contenu dans sa dénomination, est employé à des fins punitives : « Si tu bouges tu auras ton choc. » Il serait faux d'affirmer que ces propos tenus par des infirmiers, ne se trouvent pas au moins dans l'esprit de bien des médecins. Nous lisons, par exemple, à la date du 17 octobre 1934, dans le rapport d'un service : « Madame X., impulsive, menaçante envers le personnel, a eu un abcès de fixation. »

Tels sont les modes « d'agitation » du médecin en face de son malade; ils persistent aujourd'hui, aussi actifs et d'autant plus dangereux qu'ils sont inconscients. Mais aujourd'hui comme hier, ils restent un obstacle à l'objectivité, aussi bien dans la recherche scientifique que pour l'examen clinique et la thérapeutique habituelle.

Ainsi pour le malade, le personnage du médecin est rarement pur; il est trop souvent ressenti comme un instrument de défense sociale.

« De même que sur la voie publique la Police intervient pour conduire au poste les individus qui troublent la paix de la rue ou menacent la sécurité des citoyens, de même le médecin au cours d'une visite rapide, ne peut guère que sévir contre les aliénés perturbateurs de l'ordre des quartiers, par l'isolement, les bains prolongés, les moyens de contention mécanique ou les hypnotiques. » (Sérieux, *Assistance aux aliénés*, page 111).

Là se trouve une des racines des états d'agitation. *La peur et l'agressivité du malade répondent à celles du médecin. Une dialectique permanente entre la répression et l'agitation s'établit, l'une entretenant l'autre alternativement.*

L'histoire de la psychiatrie médicale est celle de la prise de conscience et à la fois du rejet de l'agressivité instinctive à l'égard du fou. *Au fur et à mesure que le médecin devient médecin, l'aliéné prend conscience de sa qualité de malade et les comportements d'agitation disparaissent.*

III. — L'attitude objective

en face de l'agitation

Condition des progrès de la psychiatrie

« L'agitation était considérée comme l'état, en quelque sorte habituel, de l'aliéné. »

PARCHAPE, 1853.

Au commencement était l'agitation...

On a tort de se représenter Pinel comme un philanthrope au sens sentimental et charitable que ce mot a pris aujourd'hui. S'il a proscrit la saignée et fait tomber les chaînes des aliénés, ce n'est pas dans un grand mouvement d'enthousiasme irraisonné. Avant de s'opposer à Broussais et aux saignées abusives pratiquées à l'Hôtel-Dieu, il avait étudié les fondements théoriques de cette pratique, discuté les principes de l'humorisme qui prétendait que la « folie violente réside dans le sang ». Il s'était livré à une longue et patiente observation des malades saignés. De même, sa décision d'abandonner les mauvais traitements à l'égard des fous, était nourrie de la lecture de nombreux auteurs; il avait notamment traduit en 1785 l'œuvre de l'Ecossois Cullen lequel professait : « S'il faut modérer les emportements des fous, il ne faut le faire qu'avec une extrême douceur, les chaînes sont barbares, les irritent, rendent le mal incurable. »

Plein de ces lectures, Pinel rencontre Pussin, son nouveau surveillant de Bicêtre. C'est l'expérience concrète et objective de celui-ci qui le détermina à promouvoir une attitude purement médicale à l'égard des aliénés. Maxime du Camp dans son histoire de Paris, donne une description inoubliable de la première visite de Pinel à Bicêtre en compagnie de Pussin :

« Pussin accompagna le médecin-chef dans sa première visite; les fous hurlaient et se démenaient

comme d'habitude. Pinel dit à Pussin :

— Quand ils deviennent trop méchants, que faites-vous ?

— Je les déchaîne.

— Et alors ?

— Ils sont calmes.»

Dans son ouvrage publié en 1853, *Des Principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Parchappe prolonge la réforme de Pinel sur le plan de l'Assistance. Il démontre comment l'asile entièrement composé de cellules est une provocation permanente à l'agitation. Après le comportement du médecin c'est l'asile tout entier qui est mis en cause :

« A mesure que la Psychiatrie a fait des progrès, on a reconnu que l'agitation chez les aliénés peut être restreinte à un nombre de moins en moins considérable, suivant que les conditions matérielles et médicales du traitement palliatif et curatif sont de plus en plus perfectionnées. »

Il réduit les proportions du quartier d'agités et le nombre des cellules. En aucun cas celles-ci ne devront constituer une habitation permanente, car l'agitation permanente n'existe pas. Le séjour dans la cellule comme dans le quartier d'agités « doit être conçu comme un fait exceptionnel, non définitif et temporaire ».

Là encore il ne s'agit pas de doctrines mal étayées; Parchappe est un des auteurs les plus prudents qui soit, et l'on sent qu'il n'avance tout au long de son ouvrage que les conclusions d'une expérience concrète poursuivie pendant des années à l'Asile de Saint-Yon :

« L'expérience faite sur une large échelle pendant un grand nombre d'années, a démontré que le séjour permanent dans une cellule, loin d'être efficace pour amener l'apaisement de l'agitation chez les aliénés, a au contraire pour effet d'augmenter et d'entretenir l'agitation. »

Mais c'est la doctrine du no-restraint exposée par le médecin anglais Conolly qui constitue la première synthèse objective sur les problèmes de l'agitation. Elle met pleinement en lumière les mécanismes de projection qui soutendent l'attitude répressive de contention, de séquestration, de coercition à l'égard du malade mental. Critiquée par Briere de Boismont en 1844 cette réforme est pour la première fois rapportée objectivement par Morel en 1860. Deux ans plus tard, en 1862, le docteur San

key, deuxième successeur de Conolly à Hanwell, publie un long article sur le no-restraint dans les *Annales Médico-Psychologiques* :

« Le principe réel de nulle contrainte consiste dans l'impression morale que produit sur l'aliéné la profession, la déclaration publique de l'abandon de toute contrainte mécanique. Dans un système, le malade sait qu'il est exposé à être soumis, contraint par la force s'il est violent. c'est-à-dire qu'une force extérieure provoquera sa force à la lutte. L'effet moral est donc celui de l'opposition et conséquemment l'irritation.

« D'un autre côté, si le malade qui a conscience de ses actes, comme ils l'ont presque tous, n'est pas contrarié quand il a commis une faute, il n'éprouve aucun désir de contrarier et il n'est pas irrité. Même des paroles irritées provoquent des paroles irritées; ces seules conséquences montrent combien différent ces deux systèmes... »

Tout est mis en œuvre dans ce système pour apporter le calme et le repos considéré comme la première démarche thérapeutique. Le personnage du médecin, l'allure des infirmiers et jusqu'au moindre détail de l'aménagement intérieur du service, doivent prendre valeur de traitement. Au lieu de s'attaquer aux états d'agitation par des méthodes autoritaires, tout est tenté pour en supprimer les causes :

« Les conditions d'existence dans l'asile ne devaient pas trop heurter les habitudes journalières du malade. Les vêtements ou ameublements spéciaux seraient interdits. Il ne saurait être permis aux surveillants d'assumer un air d'autorité, soit dans leurs paroles, soit dans leur ton, soit dans leurs manières. L'ordre peut être maintenu par l'exemple, tout ce qui implique l'accusation de folie et même tout ce qui peut éveiller une impression pénible doit être évité. Pour ces motifs, garde-fenêtres, garde-feux, couteaux d'une forme particulière, sont inconnus dans les asiles anglais. La plupart de ces choses, outre qu'elles indiquent un état de soupçon, provoquent aux actes qu'elles sont destinées à empêcher. Mais, incontestablement, toute contrainte mécanique doit en conséquence des principes du système, être absolument évitée. Le motif est qu'une telle possibilité est une accusation, qu'une telle probabilité est une menace et que l'application serait quelque chose de dégradant et mortifiant : une grande irritation en serait le résultat certain, or c'est ce qu'il faut éviter. »

Le no-restraint éveilla en France des réactions très violentes. Magnan fut seul avec ses élèves, à l'appliquer dans son service en face d'une majorité de confrères soutenant la nécessité de la contrainte devant l'inévitable agitation du malade mental.

Le Psychiatre Français de cette époque ne se résoud pas à abandonner ces méthodes répressives qu'il justifie par des considéra-

tions théoriques douteuses. C'est Casimir Pinel, le neveu de Philippe, qui ne craint pas d'écrire :

« Le no-restraint n'existe pas plus en Angleterre qu'en France... Sous quelque forme qu'on l'adopte, la contrainte est de toute nécessité dans bien des cas. Il faudrait pour la supprimer abolir du même coup les conceptions délirantes et les hallucinations qui engendrent de déplorables manifestations. »

Une longue période de régression dans les méthodes d'assistance française a suivi cette violente résistance au principe du no-restraint.

Et en 1903, dans son *Assistance aux aliénés*, Sérieux devait pousser un cri d'alarme indigné qui ne serait guère déplacé aujourd'hui :

« Pinel, répète-t-on volontiers, a élevé les aliénés à la dignité de malades et l'on ajoute qu'aujourd'hui la condition de ces malheureux a subi une transformation complète... Jamais on n'a plus prodigué d'éloges au médecin compatissant qui a brisé les chaînes des aliénés. Ne vaudrait-il pas mieux poursuivre son œuvre inachevée, donner à la réforme qu'il a inaugurée, l'extension intégrale qu'elle comporte... On peut sans craindre d'être démenti, affirmer que dans nombre de nos asiles, les malades ne reçoivent pas les soins médicaux spéciaux qu'exigerait leur affection mentale. On se préoccupe davantage, semble-t-il, de les maintenir sequestrés que de les traiter. Et nous sommes ainsi arrivés, cent ans après Pinel, à ce lamentable résultat de voir les aliénés dont sans cesse on proclame la dignité de malades, rabaissés à la triste condition de détenus. »

IV. — Etats d'agitation et pathologie du groupe

« Souvent ce qu'on prend pour les symptômes de la maladie, n'est que la réaction provoquée par les moyens de contention. »

Ludwig MEYER, 1842.

A l'intérieur de l'asile comme à l'extérieur, *l'état d'agitation est le fait d'être intolérable pour le groupe*. C'est l'état du fou qui exige des mesures immédiates d'exclusion et de répression. L'agité est le fou à lier, et cette dénomination est un brevet d'aliénation maxima.

Cet état d'agitation est-il propre à certaines formes de maladies mentales ? Nous ne le pensons pas, et la composition du quartier d'agités en est une preuve supplémentaire. Il contient en effet des malades appartenant à toutes les catégories nosographiques : des schizophrènes impulsifs, des débilés excités, des maniaques, des déments

paranoïdes, des psychoses hallucinatoires chroniques, enfin de grands déséquilibrés « lucides », les plus difficiles comme disent les infirmiers.

Ils ont tous un point commun : c'est leur qualité d'exclus des autres quartiers. Ils ont été un jour intolérants et intolérés par un groupe de malades et d'infirmiers. En les passant au quartier des agités, le médecin a consacré cette exclusion. Ainsi les agités sont des malades très divers qui manifestent leur intolérance au milieu asilaire, et ceci d'une façon extrêmement variable suivant leur caractère propre, la forme de leur affection et la profondeur de leur dissolution.

L'agitation apparaît donc comme un comportement réactionnel venant s'inscrire en surcharge sur le tableau clinique primitif. Il y aurait toute une étude à faire sur les inter-réactions entre le malade mental et le groupe auquel il appartient, asilaire ou non. Un fait est certain, c'est la réceptivité particulière de l'aliéné à l'influence du groupe. Comme tous les malades, il est plus dépendant et par conséquent plus touché par les réactions collectives traumatisantes : le mauvais caractère du sourd, la situation du mutilé...

Hermann Simon écrit à ce propos :

« Il en est du malade mental comme de l'enfant. Tous les deux sont bien plus sans défense contre l'action du milieu que l'adulte vigoureux, car ils sont également plus ou moins privés de la faculté d'auto-conduction consciente, sûre de son but. »

Dans une perspective thérapeutique, le quartier d'agités devrait être conçu comme un moyen de réadapter au groupe le malade agité, comme le premier échelon vers une réadaptation sociale. En fait il n'est qu'un déversoir des plus insociables des malades, un lieu maudit dont on ne peut guère attendre une influence favorable. Par son architecture, par sa disposition intérieure il est prévu pour la contention et la répression des agités, c'est-à-dire pour la provocation à l'agitation. Il est marqué habituellement aussi par l'abandon presque absolu des traitements biologiques essentiels et la distribution désabusée et automatique de médications symptomatiques.

Surtout, le type de vie collective qui s'y développe en fait un monde clos, fondé par la passivité et la dépendance d'un grand nombre de pensionnaires à l'égard d'un personnel infirmier peu éduqué et « sans illusions ».

L'inactivité imposée au lit, l'absence de toute propriété personnelle, l'application de mesures répressives pour tout comportement protestataire, en sont les règles essentielles.

Les inter-relations humaines dans un tel groupe provoquent et cultivent les comportements infantiles. Elles aggravent la désadaptation sociale des malades et entravent l'application de véritables traitements individuels. Prévu pour l'agitation, ce quartier est surtout propre à l'entretenir et à l'aggraver. Il est le milieu de culture de l'agitation et celle-ci est le produit des collectivités pathogènes de l'asile classique. *L'agitation est pourriture d'asile, comme la gangrène était pourriture d'hôpital.*

V. — Perspectives thérapeutiques et considérations doctrinales

Notre réflexion sur l'agitation nous a amené à insister sur l'influence du milieu en pathologie mentale, et nous reprenons à notre compte la formule d'Hermann Simon :

« Toute thérapeutique est transformation du milieu au sens le plus large du mot. Par conséquent tout événement particulier qui ne nous plait pas chez un malade devra toujours être étudié en relation avec les causes qui viennent du milieu et ont déclenché le dit événement. Dans ces circonstances, les mesures à prendre ne devront pas agir sur le malade perturbateur mais sur le milieu, sur la cause; tantôt il faudra appliquer ces mesures à l'ambiance générale du quartier, tantôt à d'autres malades, à la conduite inadéquate du personnel infirmier, à celle du médecin-directeur lui-même. »

C'est exprimer sous une autre forme la nécessité pour le médecin, les infirmiers, et les structures d'assistance, de se dégager des conduites primitives de participation et de provocation à l'agitation.

Mais si l'agitation du fou est pour nous un produit du milieu, elle n'est en rien une maladie, et en aucune façon nous ne prenons parti pour une sociogenèse des maladies mentales.

Certes, nous avons pris résolument position contre une conception mécaniciste qui ferait de l'agitation le produit direct d'une irritation ou d'une excitation organique et qui excluerait toute possibilité d'action thérapeutique sur l'agitation, en dehors de la guérison de la lésion causale.

Par contre, nous rejoignons très directement les principes de Jackson tels qu'ils ont été appliqués à la psychiatrie par Henri

Ey. *Suivant cette doctrine les comportements d'agitation pourraient être définis comme des modes de réaction aux influences extérieures traumatisantes de sujets ayant atteint un degré de dissolution plus ou moins profond.*

Ainsi le traitement du milieu devient inséparable de celui de la maladie elle-même et y contribue largement.

Qu'on nous permette aussi un rapprochement entre la notion de « fonctions laissées indemnes par la maladie » avancée par Hermann Simon, et celle des « symptômes positifs » de Jackson. La seule amélioration du milieu ne permet-elle pas alors d'espérer :

— une réadaptation sociale maxima pour le niveau de dissolution du malade;

— la compensation et peut-être la réduction du déficit grâce au développement des fonctions non atteintes par le processus pathologique.

Le malade ainsi dépouillé de son masque d'agité, rendra ainsi possible un examen plus objectif et une thérapeutique plus judicieuse de ce qui constitue en propre la maladie mentale.

CONCLUSION

Ainsi l'état d'agitation n'est pour nous ni un symptôme ni un syndrome, ni une catégorie nosographique proprement pathologique. Il est, pour reprendre le terme d'Esquirol, « la colère du délire », c'est-à-dire un mode de comportement du malade mental. Il vient en surcharge aux tableaux cliniques les plus variés.

C'est la protestation souvent compréhensible, mais désordonnée et mal adaptée, en fonction même du niveau de dissolution du malade, contre une situation vécue comme intolérable.

Il est en partie réactionnel aux conduites répressives à l'égard du malade mental; le signe et la conséquence des comportements primitifs persistants de la société devant l'étrangeté de la folie.

Ainsi, le comportement du malade agit se présente comme largement provoqué et conditionné par le mythe de l'agitation. Ce mythe qui se résume dans la peur du fou, celle qu'il éprouve et celle qu'il communique.

C'est un mythe qui a la vie dure, puisqu'il persiste encore vivace cent-cinquante ans après la naissance de la psychiatrie dite scientifique.