



HAL
open science

Histoire de la psychiatrie russe. Réflexions sur la construction du savoir psychiatrique

Léo Gonnet

► **To cite this version:**

Léo Gonnet. Histoire de la psychiatrie russe. Réflexions sur la construction du savoir psychiatrique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02382347

HAL Id: dumas-02382347

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02382347v1>

Submitted on 27 Nov 2019

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.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Histoire de la psychiatrie russe. Réflexions sur la construction du savoir
psychiatrique.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 10 Octobre 2019

Par Monsieur Leo GONNET

Né le 11 novembre 1989 à Lyon 08^{ème} (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Professeur POINSO François

Assesseur

Monsieur le Professeur DAFONSECA David

Assesseur

Monsieur le Docteur SOKOLOWSKI Michel

Directeur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Histoire de la psychiatrie russe. Réflexions sur la construction du savoir
psychiatrique.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 10 Octobre 2019

Par Monsieur Leo GONNET

Né le 11 novembre 1989 à Lyon 08^{ème} (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Professeur POINSO François

Assesseur

Monsieur le Professeur DAFONSECA David

Assesseur

Monsieur le Docteur SOKOLOWSKI Michel

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

« Ainsi dans toute culture entre l'usage de ce qu'on pourrait appeler les codes ordinateurs et les réflexions sur l'ordre, il y a l'expérience nue de l'ordre et de ses modes d'être. »

-Michel Foucault-

*« En elle-même toute idée est neutre, ou devrait l'être ;
mais l'homme l'anime, y projette ses flammes et ses démenes ;
impure, transformée en croyance, elle s'insère dans le temps, prend figure d'événements :
le passage de la logique à l'épilepsie est consommé...
Ainsi naissent les idéologies, les doctrines, et les farces sanglantes. »*

- Emil Cioran -

*« Il s'agit d'éviter la vision unidimensionnelle, abstraite. Pour cela, il faut au préalable
prendre conscience de la nature et des conséquences des paradigmes qui mutilent la
connaissance et défigurent le réel. »*

- Edgar Morin –

Remerciements

Au Professeur Naudin, qui me fait l'honneur de présider cette thèse, merci pour votre enseignement au cours de ces années d'internat, votre aide et votre soutien dans notre activité éditoriale.

Au Professeur Poinso, qui me fait l'honneur de participer à ce jury de thèse, merci pour l'éveil à la psychiatrie infantile et la confiance que vous me faites en m'accueillant dans votre équipe.

Au Professeur Da Fonseca, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Recevez toute ma gratitude pour votre enseignement à la faculté.

Au Docteur Sokolowski, qui m'a dirigé au cours de ce travail ; merci pour les critiques, la rigueur et le cap fixé. Aux travaux futurs.

Au service du Docteur Petit à Montfavet, pour mes premiers pas dans le monde de la psychiatrie.

Aux Docteurs Vanel et Gadoum.

Au Docteur Lassus, qui m'a fait découvrir la psychiatrie de liaison.

Au Docteur Chabannes, qui m'a appris le savoir-être avec les malades. Au Docteur Boyadjian pour sa bienveillance. À toute l'équipe de Chabannes 1 et 2. Une part non négligeable du médecin que je suis vous est redevable.

Au Docteur Hayek et à toute l'équipe de la clinique l'Escale, un grand merci pour m'avoir inoculé le virus de la pédopsychiatrie.

À toute l'équipe de Château Guis, pour la découverte de la pédopsychiatrie du nourrisson et du jeune enfant. Jokthan pour son amitié et son activité. Michel Dugnat, pour les discussions, le plaisir futur d'apprendre en sa compagnie, en mémoire de Joe F..

Au Docteur Girard, pour la découverte des arcanes de l'A.R.S. et de la santé publique, mes éveils à la question de la réforme des soins, à l'importance du bouleversement des certitudes ; aux négociations pour les pains à burger et aux pintes ingérées.

Au Professeur Dubus, pour l'accueil au sein du service de pédiatrie générale.

Aux Docteurs Bosedure, Urbina, Mazenq et Rebelle, pour l'initiation à cette magnifique spécialité qu'est la vôtre.

À Lucien, mon fils, sans qui rien n'aurait de sens. *Haec ornamenta mea.*

À Camille, la femme de ma vie. Je suis si fier de t'avoir à mes côtés. Au bonheur que tu m'apportes.

À mes parents ; Rémy et Dominique. Merci pour votre affection, votre éducation, votre soutien.

À mes frères et sœurs ; Carl et son penchant pour les réunions de famille, Jade, ses chants du dimanche matin et ses Total 90 et Tati Amber pour le beau temps du Nord et son goût du bon vin. François pour ses gâteaux aux micro-ondes et ses croûtes à 100 euros.

À mes grands-pères ; Maurice pour le goût de l'histoire, Roger pour celui de la musique.

À mes grands-mères ; Odette et Rogette pour leur gentillesse.

À mes tantes ; Élisabeth pour sa présence, Walt Disney et la carte de paiement magique, Catherine, Isabelle, Blandine et Arnauld. À mes oncles ; Jean-Lou, pour son amour maudit d'Arsenal, et Pierre. À mon grand-oncle et grand-tante ; Alain et Georgette.

À mes cousins ; Fred, Manon, Thomas, Agathe. À la génération suivante ; Lou et Gabin.

À ma belle-famille ; Françoise, Remi et Brigitte. Dara, Étienne, Babeth et Gisèle qui ont tant de chance d'être lyonnais. Juliette et Kenny.

À mes amis d'enfance ; Grégoire, Ludivine, Léontine et Mahault et au suivant (suivants ?), pour Quatarnet, Herannndeezzzz et tout le reste. Nathan, pour la Gauch', Georges P-point, la cave et le ravin.

Aux Lyonnais ; Nico, Caro et Auguste, pour la fusée et la lars'. Robin, Julie et Suzanne, les Afrikaners.

Aux Sudistes ; Benoit pour son dandysme, le caca-plaque-dodo, son sens du parasitage, la bonne adresse et les économies – et parce qu'on n'est pas des animaux. Fradin pour les twingos déguisées en 4x4, la chasse, le rugby ; un jour le défi Big Lebowski. Goldy pour son calme olympien, son goût de l'absurde, Ronnie Coleman et la coloc. Alexandre pour la semaine de ski P2, la vie *Feux de l'Amour*, le gniia, gage de réussite, sa haine/passion de l'hôpital et les discussions à rallonge. Valentina pour son indécision constitutionnelle, son temps de travail et l'éloignement de trois rues nous empêchant de nous voir. Tout-nu pour les fêtes de l'externat, le jour des résultats de la P1 et de l'internat et les soirées endiablées en couple à Montfavet. Antoine pour son saturnisme et son petit pantalon de tweed, Philippine et ses coups de talons ; pour le bonheur qui les attend. Dudu et sa petite Marie pour la joie que nous apporte les enfants et J.-C. le gardien du troupeau. Flo et Grano pour leur amitié lointaine mais persistante. Audrey notre future Pu-Ph à tous. Guitoune pour les soirées rangées, son caractère prévisible et raisonnable. Laurie dermatologue à distance et chanteur de la télé-médecine. Alban pour son courage, sa constance et à ses années de la première à la fac. Jérôme pour le début du spamage et les repas à deux mémorables. Féréole pour les cours de français et la maman relou. John pour son éloignement dans les îles et les nouvelles. Gorge pour les Tours de France et ce fameux repas toujours pas réalisé. Nardine, le roi de l'ambiance, pour les Lyon-Vourles au frein à main. Et tous les autres ; Léonard, Pierre M., Hugo, Pierret, Marion D., Fanny, Victor, Ulrich, Marco K. et la médaille Fields, Maxime K., Mickey, Alexandre G. ; à l'OSGL et aux copains du rugby.

Aux Marseillais ; Alex pour la rencontre, les lectures, Leyton Orient, M&B, l'aventure de l'édition ; au futur et à la *Conquête*. Caroline et Maurice, compagnons de nos vies. Jonathan et sa passion dévorante et contagieuse des *comics*, de la pop culture et de la nourriture saine. Valentin, pour son amour du prochain et sa phobie de la caisse vide. Simon, le meilleur d'entre nous. Martin, la force tranquille. Noé et Régis pour le sambo et mes côtes. Delphine notre voisine. Aux hypnotiseurs, Victoire, Elsa, Julien. Pierre P. et son entrain précoce pour notre projet d'édition. Pacman et le côté viril de *Just Dance*. Au Docteur Sanguinetti, pour avoir supporté mes fines analyses cliniques à Château Guis. A Clément G., pour Rasoria et le F. 60.3. À mes co-internes de pédiatrie ; Lucille, Mathilde, Amélie et Laure ; parce qu'au fond l'immuno j'y crois pas, je n'en ai jamais vu. Aux nouveaux amis ; Hugo et Margaux, Jeanne l'aînée et Giuseppe, futur associé de Luciano. Théophile et Louise. Éric, Eugénie et Léonie. Aux Blonds, Diane et Antoine. Clément, Lisa et Suzanne. Pablo, Billie et Hector. À Julie la marraine, Julien, Agathe et Louis.

Plan

ABREVIATIONS UTILISEES	9
LISTE DES PHOTOGRAPHIES.....	11
TABLEAUX	12
AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION : L'ARCHITECTURE DU DISCOURS MEDICAL	15
I. LA PSYCHIATRIE IMPERIALE.....	31
A. LES ORIGINES.....	31
1. <i>Folie et démonologie</i>	31
a) La folie chez les Slaves avant l'ère chrétienne	31
b) L'expérience de la folie après la christianisation.....	32
2. <i>Les premières politiques de la folie</i>	34
a) Premières interventions de l'État	34
b) Les mesures de Pierre le Grand	35
c) Le statut juridique de l'aliéné	36
3. <i>La médicalisation de la folie</i>	41
a) Les débuts de la laïcisation de la folie.....	41
b) Naissance de l'aliénisme	42
B. L'INSTITUTIONNALISATION DE LA FOLIE	44
1. <i>Naissance de lieux spécifiques</i>	44
a) Les premiers asiles	44
b) Courant humaniste dans la psychiatrie impériale.....	49
2. <i>La médecine des zemstvos</i>	57
a) La création des zemstvos	57
b) La psychiatrie à l'ère des Zemstvos.....	59
C. LE SAVOIR EN FORMATION	64
1. <i>La naissance de l'enseignement supérieur en Russie</i>	64
a) Les intellectuels étrangers	64
b) L'Académie des Sciences de Saint-Pétersbourg et le monde universitaire	65
2. <i>Genèse des études médicales en Russie impériale</i>	67
a) Des médecins anglais à l'origine de la formation médicale	67
b) Premiers savants et médecins nationaux : Pirogov, Botkin, Sechenov, Malinovski	67
c) Les influences étrangères	72
3. <i>L'école psychiatrique de Saint-Pétersbourg</i>	74
a) Ivan Mikhailovich Balinsky (1827-1902).....	74
b) Ivan Pavolovich Merjejevski (1838-1908)	75
c) Vladimir Mikhaïlovitch Bekhterev (1857-1927)	77
d) Victor Khrisanfovitch Kandinsky (1849-1889)	84
4. <i>L'école psychiatrique de Moscou</i>	89
a) Alekseï Yakovlevitch Kozhevnikov (1836-1902).....	89
b) Serge Sergueïevitch Korsakoff (1854-1900)	91
c) Nikolai Nikolaïevitch Bazhenov (1857-1923)	101
d) Vladimir Petrovitch Serbski (1858-1917)	106
e) Alexander Nikolaïevitch Bernstein (1870-1922)	112
5. <i>La psychiatrie à Kazan, Kharkov et Tartu</i>	114
a) La psychiatrie à Kazan	114
b) La psychiatrie à Kharkov	115
c) La psychiatrie à Tartu.....	117
D. LA PSYCHOLOGIE DANS LA RUSSIE IMPERIALE.....	122
1. <i>Les précurseurs</i>	122
a) Les pionniers	122
b) Psychologie et pédagogie	123
2. <i>Courants idéaliste et objectiviste dans la psychologie russe</i>	124

a)	Idéalisme et objectivisme en psychologie.....	124
b)	Les conflits entre écoles, les Congrès russes de Psychopédagogie.....	125
3.	<i>L'hypnose en Russie impériale</i>	127
a)	Les origines	127
b)	Le magnétisme animal et la Russie	128
c)	L'hypnose en Russie impériale.....	129
E.	POLITIQUE ET PSYCHIATRIE	132
1.	<i>La psychiatrie et la défense de la société</i>	132
a)	Les causes de la Folie. Psychiatrie et conservatisme	132
b)	Prémises d'une psychiatrie contestataire : les revendications médicales dans les derniers temps de l'Empire	137
c)	L'expérience de la désinstitutionnalisation.....	142
2.	<i>La question eugénique en Russie impériale</i>	148
a)	Les débuts de l'eugénisme en Russie.....	148
b)	Nikolaï Fyodorovich Gamaleia (1859-1949)	149
c)	Tikhon Ivanovich Iudin (1879-1949).....	151
d)	Le particularisme russe	154
3.	<i>Anthropologie criminelle en Russie</i>	155
a)	Le lombrossisme en Russie	155
b)	Impact de l'anthropologie criminelle en Russie.....	157
F.	UTILISATION POLITIQUE DE LA PSYCHIATRIE EN RUSSIE IMPERIALE	159
1.	<i>Utilisation non médicale de l'asile dans la Russie impériale</i>	159
a)	Les usages sociaux de l'hôpital psychiatrique russe.....	159
b)	L'arsenal législatif.....	163
2.	<i>Tchaadaïev, poète, critique et "fou"</i>	164
a)	De la critique à la répression.....	164
b)	De la folie de Tchaadaïev	165
3.	<i>Sauver l'honneur de la famille impériale : la folie du Grand-Duc Nicolas</i>	167
a)	La passion amoureuse d'un Grand-Duc	167
b)	La « Folie » du Grand-Duc Nicolas	169
II.	LA PSYCHIATRIE RUSSE ET LA REVOLUTION	171
A.	LA REVOLUTION D'OCTOBRE ET LA PSYCHIATRIE	171
1.	<i>Médecins et Révolution de 1905</i>	171
a)	Médecine et fonctionnariat	171
b)	Une nouvelle génération de psychiatres.....	172
2.	<i>Résoudre la crise sanitaire</i>	173
a)	Sur les ruines de la guerre, la Commission de psychiatrie et de neurologie.....	173
b)	Résoudre la catastrophe sanitaire	176
B.	LA PSYCHIATRIE SOVIETIQUE APRES LA PREMIERE GUERRE MONDIALE (1917-1930)	177
1.	<i>Figures de la psychiatrie soviétique</i>	178
a)	Petr Borisovich Gannushkin (1875-1933).....	178
b)	Lev Markovic Rosenstein (1884-1934)	184
c)	Alexander Solomonovich Shmar'yan (1901-1961)	187
d)	Mikhail Osipovich Gurevich (1878-1953)	189
e)	Vassili Alekseevich Giliarovski (1876-1959)	191
2.	<i>La psychiatrie et la fabrique de l'homme nouveau</i>	192
a)	L'homme communiste	192
b)	La science comme moyen	194
3.	<i>La psychiatrie extrahospitalière</i>	198
a)	Le psychiatre, bras armé du politique.....	198
b)	La santé psychique en U.R.S.S. selon l'Institut de prophylaxie	200
c)	Le stalinisme contre l'hygiénisme	203
4.	<i>Le concept de schizophrénie en Russie</i>	205
a)	Le concept de dementia praecox en Russie	205
b)	Le concept de schizophrénie en Russie.....	205
5.	<i>La pédopsychiatrie en U.R.S.S.</i>	207
a)	Les débuts de la pédopsychiatrie en Russie.....	207
b)	La pédologie, la science de l'enfant	212

c)	La déféctologie soviétique	217
d)	Grounia Iefmovna Soukhareva (1891-1981)	218
C.	LE TOURNANT DES ANNEES 1930 : NAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE PAVLOVIENNE	220
1.	<i>La schizophrénie légère</i>	221
a)	Le renouveau de Rosenstein	221
b)	Le mode de vie socialiste et la diminution de l'intensité des troubles psychotiques	222
2.	<i>Controverses autour de la schizophrénie et origines du concept de schizophrénie latente en Union soviétique</i>	223
a)	Autres recherches sur les formes mineures de la schizophrénie	223
b)	La schizophrénie léthargique	227
3.	<i>Première reprise en main de la psychiatrie soviétique</i>	228
a)	Prédominance du politique	228
b)	Borner le domaine de la psychiatrie	229
D.	LA PSYCHIATRIE PAVLOVIENNE (1930-1951)	232
1.	<i>Ivan Petrovitch Pavlov et l'activité nerveuse supérieure</i>	232
a)	Les recherches du jeune Pavlov	232
b)	L'activité nerveuse supérieure selon Pavlov	233
2.	<i>Pavlov et la psychiatrie</i>	238
a)	L'intérêt pour la psychiatrie	238
b)	L'inhibition protectrice	240
c)	Physiopathologie pavlovienne de la schizophrénie	241
d)	Les troubles obsessionnels dans la théorie pavlovienne	243
e)	Les troubles névrotiques dans la théorie pavlovienne	244
3.	<i>Le pavlovisme en psychiatrie après Pavlov</i>	246
a)	A. G. Ivanov-Smolenski	246
b)	V. Protopopov	247
c)	E. Popov	248
d)	N. Tatarenko	250
e)	V. Fédorov	251
4.	<i>Combats pour l'hégémonie de la psychiatrie pavlovienne</i>	252
a)	Changement de paradigme et stalinisme	252
b)	Les débuts du pavlovisme comme idéologie : le premier temps des conflits	253
c)	La leucotomie, un enjeu scientifico-politique	256
III.	LE PARTI COMMUNISTE ET LA SCIENCE	264
A.	SCIENCE ET IDEOLOGIE	264
1.	<i>La Science en U.R.S.S.</i>	264
a)	Science et marxisme-léninisme	264
b)	« Contre le matérialisme mécanique et l'idéalisme menchevik »	264
2.	<i>Lyssenko et Mitchourine : la science prolétarienne</i>	265
a)	La génétique dans la période postrévolutionnaire	265
b)	Trofim Denisovitch Lyssenko (1898-1976)	267
c)	Médecine et idéologie	268
d)	La formation des psychiatres soviétiques : une médecine idéologisée	269
B.	LA SESSION POUR LA PHYSIOLOGIE (1950)	272
1.	<i>Promouvoir Pavlov</i>	272
a)	La Session pour la physiologie	272
b)	Accusateurs et victimes	273
2.	<i>Critiques et autocritiques</i>	274
a)	Les critiques : Razenkov, Bykov, Imanov-Smolenski	274
b)	Défenses et autocritiques	277
C.	LA SESSION SUR LES "ENSEIGNEMENTS PHYSIOLOGIQUES DE L'ACADEMICIEN I.P. PAVLOV SUR LA PSYCHIATRIE ET LA NEUROPATHOLOGIE" (1951)	278
1.	<i>Enjeux médicaux et politiques de la leucotomie</i>	278
a)	Leucotomie et orthodoxie	278
b)	L'interdiction de la leucotomie	279
2.	<i>Purger la psychiatrie</i>	281
a)	Accusateurs et accusés	281
b)	Nouvelles autocritiques	283

3.	<i>La nouvelle psychiatrie soviétique</i>	286
a)	Une nouvelle génération	286
b)	Une nouvelle répartition des pouvoirs	287
IV.	LE RENOUVEAU DE LA PSYCHIATRIE RUSSE (1951-1980)	289
A.	LA PSYCHIATRIE POSTSTALINIENNE	289
1.	<i>La fin du pavlovisme triomphant</i>	289
a)	Persistance des troubles mentaux et société socialiste : l'échec théorique du pavlovisme	289
b)	Politique et psychiatrie : Khroutchtchev et Snejnevski	290
2.	<i>La nouvelle psychiatrie soviétique</i>	293
a)	Repenser la sémiologie psychiatrique	293
b)	Origines du concept de schizophrénie latente.....	295
c)	Snejnevski et la schizophrénie latente	298
B.	ÉTIOLOGIE DES TROUBLES MENTAUX ET THERAPEUTIQUES.....	305
1.	<i>Étiologie des troubles mentaux</i>	305
a)	L'impossible hérédité sous Lyssenko	305
b)	Étiologies somatiques de la folie.....	306
c)	Étiologies psychiques des maladies mentales.....	307
d)	L'influence de l'environnement comme étiologie	309
e)	Le retour de la question génétique.....	310
2.	<i>Thérapeutique</i>	312
a)	Le traitement des maladies mentales jusqu'aux années 1960	312
b)	Le traitement des maladies mentales à l'ère post-pavlovienne	315
c)	La psychothérapie en U.R.S.S.....	317
V.	LA PSYCHANALYSE EN RUSSIE ET EN UNION SOVIETIQUE	322
A.	LA PSYCHANALYSE EN RUSSIE AVANT LA REVOLUTION	322
1.	<i>L'introduction de la psychanalyse en Russie</i>	322
a)	Les débuts de la notion d'inconscient en Russie impériale.....	322
b)	Nikolaï levgrafovitch Ossipov (1887-1934) et l'introduction de la psychanalyse	322
2.	<i>La reconnaissance</i>	324
a)	La diffusion du savoir	324
b)	L'autonomisation du savoir.....	326
3.	<i>Pankeev et Spielrein : figures de la psychanalyse</i>	328
a)	Sergueï Konstantinovitch Pankeev (1886-1979).	328
b)	Sabrina Naftoulovna Spielrein (1885-1941).....	329
B.	LA PSYCHANALYSE ET LA REVOLUTION	331
1.	<i>La révolution, une chance pour la psychanalyse russe ?</i>	331
a)	La psychanalyse dans les premiers temps de la révolution	331
b)	Figures émergentes de la psychanalyse : Rosenthal, Wulff, Bernstein, Ermakov, Luria	331
2.	<i>La place officielle de la psychanalyse</i>	332
a)	L'Institut de Psychanalyse de Moscou	332
b)	Véra Fedorovna Schimdt (1889-1937) et le Jardin d'enfants expérimental.....	334
3.	<i>Psychanalyse et marxisme</i>	338
a)	Penseurs bolchéviques et psychanalyse : Bykhovski, Reisner, Zalkind	338
b)	Psychanalyse : idéalisme ou matérialisme ?	341
c)	Marxisme et psychanalyse : prise de position des cliniciens	343
C.	LES REVOLUTIONNAIRES ET LA PSYCHANALYSE	345
1.	<i>Lénine et la psychanalyse</i>	346
2.	<i>Les révolutionnaires favorables à la psychanalyse</i>	347
a)	Léon Trotski (1878-1940).....	347
b)	Adolf Abramovitch Ioffé (1883-1927)	349
D.	L'EFFACEMENT DE LA PSYCHANALYSE EN U.R.S.S.	350
1.	<i>Le déclin</i>	350
a)	Le début des difficultés	350
b)	Le tournant de 1927.....	351
2.	<i>Les attaques</i>	352
a)	Les premières soumissions	352
b)	La psychanalyse, idéologie anti-prolétarienne.....	353

3.	<i>L'interdiction</i>	355
a)	La condamnation de Staline.....	355
b)	Les raisons non politiques de la disparition de la psychanalyse russe.....	357
E.	APRES STALINE.....	360
1.	<i>Le retour de l'inconscient</i>	360
a)	Vladimir Nikolaïevitch Miassichtchev (1893-1973).....	360
b)	Dmitri Nikolaïevitch Ouznadzé (1886-1950).....	361
2.	<i>Le freudisme, théorie capitaliste</i>	363
a)	De la condamnation à la réfutation.....	363
b)	De nouveaux spécialistes.....	366
3.	<i>Le retour à Freud par la critique</i>	367
a)	Le renouveau du Freudisme en U.R.S.S.	367
b)	Le 1 ^{er} Symposium international sur l'inconscient.....	368
VI.	LA PSYCHIATRIE PUNITIVE.....	372
A.	LE SYSTEME REPRESSIF SOVIETIQUE.....	372
1.	<i>Les révolutions de 1917</i>	372
a)	Février 1917.....	372
b)	Octobre 1917.....	373
2.	<i>Le parti et la notion d'ennemi</i>	375
a)	Le X ^e Congrès du Parti communiste : Révolution et répression.....	375
b)	L'opposant, l'ennemi, le criminel.....	376
3.	<i>La répression après Staline</i>	379
a)	La mutation de la répression.....	379
b)	Naissance de la dissidence.....	379
B.	LE TOURNANT.....	381
1.	<i>La psychiatrie punitive sous Staline</i>	381
a)	Maria Alexandrovna Spiridonova (1884-1941).....	381
b)	La psychiatisation sous Staline, le salut.....	384
c)	Sergueï Petrovitch Pissarev.....	386
2.	<i>Khrouchtchev, l'opposant et le fou</i>	387
a)	Le nouvel ordre juridique.....	387
b)	Mutation de l'opposant : du criminel au fou.....	387
3.	<i>La généralisation</i>	389
a)	La répression sous l'ère Brejnev.....	389
b)	La psychiatisation, forme répressive douce ?.....	391
C.	LA LEGISLATION.....	392
1.	<i>La procédure pénale</i>	392
a)	Irresponsabilité et non-imputabilité.....	392
b)	L'expertise médico-légale.....	393
c)	Les pertes de droits de la défense.....	395
2.	<i>La procédure civile</i>	396
a)	Prévenir les actes socialement dangereux.....	396
b)	La directive de 1971 sur l'Hospitalisation d'urgence des malades mentaux dangereux sur le plan social...399	399
D.	LA CLINIQUE.....	401
1.	<i>Influences théoriques</i>	401
a)	Influences pavloviennes.....	401
b)	L'influence de Snejnevski.....	402
c)	La psychopathie paranoïaque.....	406
2.	<i>L'Institut Serbski</i>	408
a)	Les psychiatres du pouvoir.....	408
b)	Expertise et psychiatrie punitive.....	410
E.	LES LIEUX D'INTERNEMENTS.....	412
1.	<i>Les hôpitaux psychiatriques spéciaux</i>	412
a)	Les hôpitaux du ministère de l'Intérieur.....	412
b)	Maltraitance, torture et violence.....	415
2.	<i>Les hôpitaux psychiatriques ordinaires</i>	416
a)	Les hôpitaux du Ministère de la Santé.....	416
b)	Rétractation, punition et arsenal thérapeutique.....	417

c)	Rétention et libération.....	419
3.	<i>Responsabilités du psychiatre</i>	420
a)	Les collaborateurs du système.....	420
b)	Les psychiatres ordinaires.....	421
F.	QUELQUES CAS DE PSYCHIATRISATION POLITIQUE EN U.R.S.S.	425
1.	<i>Vladimir Konstantinovitch Boukovsky, le contestataire</i>	425
a)	Parcours d'un dissident.....	425
b)	Psychiatisation de la dissidence et combat d'école.....	427
c)	"Rechute" et victoire de Snejevski.....	432
d)	Alerter l'Occident.....	438
2.	<i>Pitor Grigorievitch Grigorenko, le général</i>	443
a)	Du général au dissident.....	443
b)	L'expertise.....	444
c)	Premier séjour en hôpital psychiatrique spécial.....	445
d)	Second séjour en hôpital psychiatrique spécial.....	446
e)	La libération.....	451
3.	<i>Léonid Ivanovitch Pliouchtch, le mathématicien</i>	451
a)	Un marxiste dissident.....	451
b)	Arrestation, expertise et jugement.....	453
c)	Enfermement en hôpital psychiatrique spécial.....	457
d)	La libération.....	461
VII.	LES REACTIONS DE LA PSYCHIATRIE MONDIALE.....	463
A.	LA LENTE PRISE DE CONSCIENCE DE L'OCCIDENT.....	463
1.	<i>Le désenclavement de la psychiatrie soviétique</i>	463
a)	Le désenclavement de la psychiatrie soviétique.....	463
b)	La psychiatrie soviétique conviée aux congrès internationaux.....	464
2.	<i>Les alertes</i>	466
a)	La salle 7.....	466
b)	Les alertes des dissidents.....	467
3.	<i>Débats scientifiques/Débats politiques</i>	469
a)	Le Congrès mondial de Mexico (1971) : premiers remous.....	469
b)	Défense de la délégation soviétique.....	470
c)	Échec de l'offensive.....	471
B.	EN FRANCE.....	472
1.	<i>La psychiatrie soviétique et les réactions de la gauche française</i>	472
a)	La libération de la parole.....	472
b)	Stratégie du P.C.F. et critiques des psychiatres communistes.....	474
2.	<i>L'engagement des psychiatres français contre l'utilisation politique de la psychiatrie</i>	476
a)	L'Affaire Pliouchtch : la mobilisation.....	476
b)	Critiques de la critique : dérive totalitaire de la psychiatrie ou psychiatrie totalitaire par essence ?.....	476
C.	RENCONTRES EST-OUEST.....	481
1.	<i>Tentatives de dialogue</i>	481
a)	Le symposium d'Erevan (1973).....	481
b)	Tentatives de dialogues avortées.....	482
2.	<i>La réaction soviétique et l'organisation intérieure</i>	482
a)	Organisation de la propagande.....	482
b)	La commission de travail : l'organisation intérieure contre la psychiatisation punitive (1977).....	484
3.	<i>La psychiatrie soviétique et les classifications internationales</i>	486
a)	La C.I.M.....	486
b)	La schizophrénie latente dans la C.I.M.....	486
c)	La révision de la C.I.M. de 1975 dans le contexte de la psychiatrie punitive.....	487
D.	LE CONGRES MONDIAL DE PSYCHIATRIE D'HONOLULU (1977).....	489
1.	<i>L'organisation du congrès sous pression</i>	489
2.	<i>La condamnation</i>	492
a)	La session sur l'éthique.....	492
b)	Les résolutions.....	493
E.	LES TEMPS DE LA REACTION.....	496
a)	Le Comité d'examen de la World Psychiatric Association chargé des abus psychiatriques.....	496

b)	La réaction des soviétiques.....	497
c)	Le D.S.M. III, réponse à la nosologie soviétique.....	501
d)	Poursuite des pratiques répressives	503
2.	<i>Les premiers changements</i>	505
a)	Le congrès mondial de Vienne (1983) : le retrait de l'U.R.S.S. de l'A.M.P.....	505
b)	Le congrès mondial d'Athènes (1989) : la réintégration	507
c)	De la chute de l'U.R.S.S. à nos jours.....	513
CONCLUSION		519
BIBLIOGRAPHIE		525

Abréviations utilisées :

- A.M.P. : Association mondiale de Psychiatrie
- A.P.A. : *American Psychiatric Association* [Association américaine de Psychiatrie]
- C.C. : Comité central
- C.G.T. : Confédération générale du Travail
- C.I.M. : Classification internationale des Maladies
- Goulag : *Glavnoe Oupravlenie Lagueri* [Direction générale des camps]
- E.C.T. : Electro-convulsivo-thérapie
- H.P.S. : Hôpital psychiatrique spécial
- I.P.A. : *International Psychoanalytic Association*
- K.G.B. : *Komitet Gossoudarstvennoï bezopasnosti* [Comité pour la Sécurité de l'État]
- N.E.P. Nouvelle économie politique
- O.M.S. : Organisation mondiale de la santé
- O.N.U. : Organisation des Nations Unies
- P.C. : Parti communiste
- P.C.F. : Parti communiste français
- P.C.U.S. : Parti communiste d'Union soviétique
- P.S. : Parti socialiste
- R.S.F.S.R. : République Socialiste Fédérative Soviétique de Russie.
- T.O.C. : Troubles obsessionnel compulsif
- U.R.S.S. : Union des républiques socialistes soviétiques

Liste des photographies

Figure 1. Vassili Fedorovich Sabler (1797-1877).....	50
Figure 2: Victor Romanovich Butske (1845-1903)	53
Figure 3: Aleksandr Ustinovic Freze (1826-1884).....	56
Figure 4 : Evgraf Alexeyevich Ossipov (1841-1904).....	60
Figure 5 : Piotr Petrovitch Kachtchenko (1859-1920).....	61
Figure 6 : Vladimir Ivanovitch Yakovenko (1857-1923)	62
Figure 7 : Alexander Samoilovich Rosenblum (1826-1903).....	63
Figure 8 : Nikolaï Ivanovitch Pirogov (1810-1881)	68
Figure 9 : Sergueï Petrovitch Botkin (1832-1889).....	68
Figure 10 : Ivan Mikhaïlovitch Sechenov (1829-1905).....	69
Figure 11 : Ivan Mikhaïlovitch Balinsky (1827-1902)	74
Figure 12 : Ivan Pavolovich Merjeyevski (1838-1908).....	75
Figure 13 : Vladimir Mikhaïlovitch Bekhterev (1857-1927).....	78
Figure 14 : Victor Khrisanfovitch Kandinsky (1849-1889).....	84
Figure 15 : Alekseï Yakovlevich Kozhevnikov (1836-1902).....	89
Figure 16 : Sergueï Sergueïevitch Korsakoff (1854-1900).....	91
Figure 17 : Nikolaï Nikolaïevitch Bazhenov (1857-1923)	101
Figure 18 : Vladimir Petrovitch Serbski (1858-1917)	106
Figure 19 : Alexander Nikolaïevitch Bernstein (1870-1922)	112
Figure 20 : Pavel Ivanovitch Kovalevsky (1850-1923).....	115
Figure 21 : Vladimir Fryodorovich Chizh (1855-1922)	121
Figure 22 : Nikolaï Fyodorovich Gamaleia (1859-1949)	149
Figure 23 : Tikhon Ivanovich Iudin (1879-1949)	151
Figure 24 : Piotr Iakovlevitch Tchaadaïev (1794-1856).....	164
Figure 25 : Fanny Lear (1848-1886).....	167
Figure 26 : Nicolas Constantinovitch de Russie (1850-1918)	168
Figure 27 : Petr Borisovich Gannushkin (1875-1933).....	178
Figure 28 : Sergueï Soukhanoff (1867-1915)	179
Figure 29 : Lev Markovic Rosenstein (1884-1934).....	184
Figure 30 : Alexander Solomonovich Shmar'yan (1901-1961)	187
Figure 31 : Mikhaïl Osipovich Gurevich (1878-1953)	189
Figure 32 : Vassili Alekseevich Giliarovski (1876-1959)	191
Figure 33 : « Le pédologue au travail », Pravda, 31 août 1936 (288).....	216
Figure 34 : Lev Semionovtch Vygotsky (1896-1934)	218
Figure 35 : Grounia Iefmovna Soukhareva (1891-1981).....	218
Figure 36 : Ivan Petrovitch Pavlov (1849-1936)	232
Figure 37 : Anatoli G. Ivanov-Smolenski (1892-1982).....	254
Figure 38 : Léon Abgarovich Orbeli (1882-1959).....	273
Figure 39 : Andreï Vladimirovitch Snejnevski (1904-1987)	291
Figure 40 : Nikolaï Ievgrafovitch Ossipov (1887-1934).....	323
Figure 41 : Moshe Vladimirovitch Wulff (1878-1971)	324
Figure 42 : Groupe du vendredi (351)	326
Figure 43 : Sergueï Konstantinovitch Pankeev (1886-1979).....	328
Figure 44 : Sabrina Naftoulovna Spielrein (1885-1941)	329
Figure 45 : Véra Fedorovna Schimdt (1889-1937).....	334
Figure 46 : Alexander Brossovitch Zalkind (1888-1936).....	341
Figure 47 : Alexandre Romanovitch Louria (1902-1977)	343
Figure 48 : Vladimir Nikolaïevitch Miassichtchev (1893-1973).....	360
Figure 49 : Dmitri Nikolaïevitch Ouznadzé (1886-1950).....	361
Figure 50 : Maria Alexandrovna Spiridonova (1884-1941)	381
Figure 51 : Daniel Romanovitch Lunz (1912-1977).....	385

Figure 52 : Vladimir Konstantinovitch Boukovsky (1942-)	425
Figure 53 : Piotr Grigorievitch Grigorenko (1907-1987)	443
Figure 54 : Léonid Ivanovitch Pliouchtch (1939-2015)	451
Figure 55 : Alexander Pinkhosovich Podrabinek (1953-)	485
Figure 56 : Anatoly Ivanovich Koryagin (1938-)	504

Tableaux

Tableau 1. Typologie des Psychopathies selon Petr Borisovitch Gannushkin	240
Tableau 2. Relation des syndromes psychopathologiques positifs et négatifs avec les entités nosologiques selon Andreï Vladimirovich Snejevski	383

Avant-Propos

Le présent travail a été entrepris dans le cadre d'un doctorat de médecine ; il n'a pas vocation à être un travail historique universitaire, travail dont la méthodologie est autre. Si ce texte parle d'histoire, c'est, finalement, à visée clinique.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir révolutionné les études sur l'histoire de la psychiatrie russe et soviétique. Dans cette thèse les sources primaires sont en fin de compte peu nombreuses, la plupart des données sont tirées d'articles scientifiques d'époque et de travaux universitaires. Nous sommes largement redevables aux travaux des spécialistes actuels de la psychiatrie russe, principalement Gregory Dufaud, Benjamin Zajicek et Irina Sirotkina ; le chercheur et le lecteur exigeant se référeront à leurs travaux.

Introduction : L'architecture du discours médical

L'histoire de la psychiatrie, nous semble-t-il, est pour le clinicien d'une importance heuristique fondamentale. Véritable propédeutique, l'histoire est le liant qui associe la pratique à son mouvement. Témoignage, le regard porté sur le passé soutient une fonction épistémologique. Une connaissance¹ n'est jamais totalement neutre : elle est tout autant le fruit d'un savoir en relation que le fruit du savoir se construisant. Comme l'a écrit Edgar Morin dans l'introduction générale de sa *Méthode*, « toute connaissance, même la plus physique, subit une détermination sociologique. Il y a, dans toute science, même la plus physique, une dimension anthropo-sociale. *Du coup, la réalité anthropo-sociale se projette et s'inscrit au cœur même de la science physique.* [...] Nulle science n'a voulu connaître la catégorie la plus objective de la connaissance ; celle du sujet connaissant. Nulle science naturelle n'a voulu connaître son origine culturelle. Nulle science physique n'a voulu reconnaître sa nature humaine. La grande coupure entre les sciences de la nature et les sciences de l'homme occulte à la fois la réalité physique des secondes, la réalité sociale des premières. Nous nous heurtons à la toute-puissance d'un principe de disjonction : il condamne les sciences humaines à l'inconsistance extra-physique, et il condamne les sciences naturelles à l'inconscience de leur réalité sociale » (1).

Dernière spécialité médicale à avoir été touchée par l'*Evidence Based Médecine*, la psychiatrie n'est pas à l'abri de cet état de fait ; elle n'est déterminée par la science qu'en partie. C'est ce que résume l'historien Hervé Guillemain lorsqu'il écrit que « quel que soit le statut des pathologies, aussi stables et naturelles paraissent-elles [...], celles-ci sont des objets sociaux qu'il est bon d'historiciser en étant attentif aux interactions multiples entre le sujet, la science et l'histoire » (2). Si bien sûr la médecine n'a jamais eu la prétention d'être une science, mais plutôt, depuis au moins le bouleversement paradigmatique introduit par Claude Bernard, un *art* guidé par les avancées scientifiques, elle revêt une approche de plus en plus scientifique, et ce pour le plus grand bien des malades. Pour être médecine, la pratique doit être *vérité* - entendue dans sa naïve simplicité et sa discrète ironie -, recevoir l'*imprimatur* des publications scientifiques, des méta-analyses et des collèges de spécialistes. C'est pas ce cheminement méthodologique que la médecine s'est délaissée progressivement de ses vieilles croyances pour entrer dans le champ du savoir scientifique.

¹ Le terme *connaissance* recouvre ici les données considérées comme vraies à une période donnée par un groupe donné, indépendamment de leur caractère scientifique ou métaphysique.

Ce que la médecine semble parfois oublier c'est qu'elle n'est pas totalement réductible à cette simple méthodologie scientifique ; elle ne saurait se résoudre à être intégralement guidée par les expérimentations scientifiques. Le discours médical n'est scientifique que mû par une tension à dire et à pratiquer le vrai mais reste encore déterminé par un ensemble de facteurs non-scientifiques. Ainsi, comme le résume l'épistémologue Thomas S. Kuhn, « l'observation et l'expérience peuvent et doivent réduire impitoyablement l'éventail des croyances scientifiques admissibles, autrement il n'y aurait pas de science. Mais à elles seules, elles ne peuvent pas déterminer un ensemble particulier de ces croyances. Un élément apparemment arbitraire, résultant de hasards personnels et historiques, est toujours l'un des éléments formatifs des croyances adoptées par un groupe scientifique à un moment donné. [...] Aucune histoire naturelle ne peut être interprétée en l'absence d'un minimum implicite de croyances théoriques et méthodologiques interdépendantes qui permettent la sélection, l'évaluation et la critique. Si cet ensemble de croyances ne préside pas déjà implicitement à la collecte des faits [...] il doit être fourni de l'extérieur, peut-être par une métaphysique courante, par une autre science, ou par un hasard personnel ou historique » (3).

L'école épistémologique de Cambridge, ayant comme figure de proue le Pr German E. Berrios, s'essaye à fonder une épistémologie régionale à la psychiatrie qui autoriserait de véritables investigations scientifiques, capables de modéliser les symptômes psychiatriques en prenant en compte leurs natures *hybrides*, c'est-à-dire en intégrant leurs natures simultanément matérielles (le substrat somatique à l'origine des troubles) et immatérielles (la reformulation sémantique du vécu pathologique induit par la perturbation somatique) (4). Ainsi, selon les chercheurs de Cambridge, « la beauté d'une image ne s'explique plus par la répartition dans l'espace et dans le temps des pigments sur une toile mais par une enveloppe culturelle intimement liée aux goûts d'une société. L'or, le platine et les diamants (comme le sel à l'époque romaine) ont une valeur spéciale, non pas en raison d'une distribution atomique particulière, mais en vertu de la valeur culturelle et sociale qui leur est attribuée. Les symptômes mentaux (objets psychiatriques) ne peuvent être expliqués selon leur structure neurobiologique intrinsèque mais seulement par l'enveloppe sémantique et symbolique qui leur donne une valeur communicative particulière » (4).

Le symptôme S peut être secondaire à la cause biologique/anatomique/génétique C, mais ne serait être *expliqué* par lui. C'est le propos du Pr Christian Poirel, lui-même psychiatre et chercheur en neurosciences, qui, dans son ouvrage sur *La Neurophilosophie et la question de l'être*, décrit le déclin métaphysique de la pensée secondaire aux traitements substantialistes et

fonctionnalistes des neurosciences (5). « Dans une perspective scientifique, si les synapses nous constituent sur le plan des déterminants physiologiques, en épistémologie, on ne saurait prendre *les conditions pour des causes*, les conditions biologiques pour une réalité ontologique. C'est l'entier problème ontologique de synapses s'ouvrant à l'intériorité qui se trouverait ainsi posé. Philosophie de l'être qui se réduirait paradoxalement à des enjeux fonctionnels synaptiques. [...] Malgré la mise en évidence d'interactions très étroites entre vie émotionnelle, inhibition et fonctions cognitives, malgré la précision grandissante des corrélations dynamiques établies à partir de l'anatomie, ces corrélations anatomo-fonctionnelles ne sauraient se confondre avec des résolutions anatomo-cliniques. Ces corrélations qui ne sont pas des résolutions témoignent aussi de la dimension jamais comblée d'un *écart organo-clinique*. La philosophie du *continuum fonctionnel* ne peut conduire qu'à des impasses épistémologiques sur le sens à donner à la réalité mentale » (5). La science ne peut pas dire plus que ce qu'elle constate ; tirer des conclusions métaphysiques à partir des données des neurosciences est une erreur méthodologique.

L'apport de l'école de Cambridge, par son modèle théorique de formation des symptômes, nous permet de penser avec méthode cet écart, nous évitant de sombrer dans un dualisme de mauvais aloi ou dans un scepticisme aux fortes colorations humiennes.

Ces chercheurs offrent ainsi d'examiner le symptôme mental A, non comme la cause directe de la lésion B, mais comme étant secondaire à un ensemble de médiations allant de B jusqu'à A : « les symptômes mentaux, écrit Berrios, se forment (ou se construisent) à la suite d'interactions complexes entre signaux cérébraux et information "sémantique", dont les proportions respectives varient d'un symptôme à l'autre » (4).

Les chercheurs en épistémologie de Cambridge présentent quatre grands modes de formation des symptômes : la voie (a), (b), (c) et (d).

Tout d'abord, ils présentent la voie (a) qui propose de considérer le symptôme mental A, non comme la cause directe de la lésion B, mais comme étant secondaire à une cascade de causalité allant de B jusqu'à A. Ce modèle de formation des symptômes propose de considérer que la lésion somatique à l'origine d'un trouble entraîne une perturbation psychique pré-linguistique, pré-consciente et pré-conceptuelle, formant ce que Berrios nomme la « soupe primordiale », riche en potentialités, car encore indistincte. La prise de conscience de cette expérience intérieure est à l'origine d'une réaction interne, réaction propre à chaque individu, pouvant aller de l'indifférence à l'agitation. Pointe alors la nécessité de transformer cette sensation ineffable en une expérience dicible, par-là analysable d'un point de vue sémantique, car devenu conceptuelle à la suite de sa formalisation par le langage. L'expérience est alors soumise à un

ensemble de configurateurs individuels nourris par l'expérience personnelle, l'environnement, la culture, etc. Un symptôme mental est alors ressenti comme tel par le sujet, qui peut alors le penser et l'exprimer ; deux individus différents présentant la même perturbation organique pourraient ainsi ressentir des manifestations différentes car les ayant reconfigurées de manière originale. « Lorsqu'un "symptôme mental" est énoncé poursuit Berrios, c'est-à-dire lorsqu'il peut être pleinement exprimé par la parole, il a donc déjà acquis une structure de type sédimentaire dans laquelle le signal cérébral original et sa soupe primordiale expérientielle sont enveloppés dans de multiples couches de signification » (4).

Le sujet peut alors exprimer cette sensation devenue dicible ; c'est ici qu'entrent en jeu les habitudes et les capacités linguistiques propres au sujet lui permettant d'affiner son ressenti. Le choix du vocabulaire en vue d'exprimer une plainte se pose comme un nouveau mode de différenciation de signaux autrefois identiques. La personne qui reçoit la plainte du sujet, ici le praticien, sera donc amenée à entendre un discours amplement reconfiguré par les spécificités langagières du sujet vivant l'expérience.

A un ultime niveau, le médecin interprète les données recueillies lors de sa conversation avec le patient, de manière à les faire correspondre avec son propre savoir clinique et scientifique. Reformulée en des termes médicaux, le médecin peut enfin faire entrer la manifestation exprimée au sein d'un cadre nosographique précis de manière à circonscrire cette expérience au sein d'une dénomination clinique et scientifique (4).

Bien loin de retrouver une simple équation *Lésion => Symptomatologie => Diagnostic*, Berrios propose un ensemble d'expériences modulées à chaque étape de leur formation par des facteurs divers. On retrouve ainsi une chaîne de formation qui semble respecter la logique ci-après :

Lésion => Soupe primordiale => Reconfiguration sémantique => Symptomatologie => Plainte => Discours du malade => Recueil des données par le praticien => Analyse des données => Diagnostic. « Cela signifie, résume G. E. Berrios, que lorsqu'un « symptôme mental » est finalement rapporté par un énoncé, il ne s'agit plus du signal cérébral original : il a déjà acquis une structure sémantique en oignon » (4).

Le deuxième mode de formation des symptômes, la voie (b), concerne les symptômes qui se présentent sous la forme d'une symptomatologie objectivable par l'examineur alors qu'elles ne semblent pas s'accompagner d'une prise de conscience de la part du sujet. C'est le clinicien qui nomme les troubles (trouble de la pensée, néologisme, schizophasie, désinhibition, étrangeté du contact, etc.). Berrios et ses équipes postulent que le signal pathologique à l'origine

des troubles contourne la conscience ; il n'existe alors pas de soupe primordiale² et le signal lésionnel est directement à l'origine du comportement pathologique. « Les symptômes formés par cette voie, écrit Berrios, pourraient donc être conçus comme ayant une relation plus directe avec leur signal neurobiologique. En d'autres termes, le signal souffre moins de sur-enveloppements sémantiques ou de modulations que dans les cas des signaux traités par la voie (a) » (4). « Dans ces symptômes, poursuit Berrios, on peut prédire : a) que leurs représentations ou localisations sont « primaire » et identifiables dans le cerveau et qu'elles sont susceptibles de faire l'objet d'études corrélationnelles ; et b) que du fait de leur substrat « physique » manifeste, ils conservent un pouvoir "causal" » (4).

La voie (c) regroupe les signaux à l'origine de soupe primordiale, mais qui ne sont pas intégrés par le sujet comme étant un nouveau symptôme. « Cela pourrait être secondaire au fait qu'ils ne correspondent pas aux catégories de description existantes en possession de l'individu et, par conséquent, qu'ils ne portent pas de noms. D'autre part, elles peuvent être réadaptées selon des formats stéréotypés et ainsi exprimées sous forme de symptômes connus » (4). Le glossaire actuel, souligne Berrios, est encore largement incomplet.

Enfin, le modèle (d) décrit certains symptômes comme étant des constructions secondaires à d'autres symptômes : « tous les symptômes ne sont pas nécessairement construits sur la base de certains signaux biologiques provenant du cerveau », « certains symptômes peuvent être construits sur la base d'autres symptômes, qui d'eux-mêmes déclenchent des changements dans la conscience et donc une configuration de second ordre » (4).

Il est évident que penser le diagnostic sans prendre en compte ces étapes ne peut que brouiller la recherche scientifique car source d'erreurs.

Ce modèle de formation des symptômes est défini autour de la question clinique, à l'échelle de la relation médecin-malade. Il nous semble pertinent de compléter ce modèle grâce à deux méthodes d'analyse portant sur des niveaux distincts : l'une infra-clinique, l'autre supra-clinique. L'approche du modèle de formation des symptômes de Cambridge mérite d'être approfondie, à chaque étape, par une vision infra et extra médicale. Nous n'avons pas la prétention de réaliser un tel travail dans la présente étude ; nous nous limiterons à la question terminale de la chaîne de formation du savoir psychiatrique, à savoir le rôle du savoir scientifique dans l'interprétation de la plainte subjective ou objective, dans la construction

² Ou, précise Berrios, si une soupe primordiale existe dans ces cas, sa saillance n'atteint pas le seuil nécessaire à sa conscientisation.

diagnostic et la planification d'un traitement adapté. C'est la question de la détermination du savoir clinico-scientifique, à travers des influences externes, de ce que nous nommerons *facteurs externes à la logique scientifique*, qui fonde la problématique de notre thèse.

De tous temps, l'accompagnement de la folie a été guidé par des croyances pluriels conduisant à des pratiques dédiées, justifiées par ces mêmes connaissances non scientifiques mais considérés comme *vraies*. Depuis le bouleversement paradigmatique induit par l'introduction de la méthode scientifique en médecine, les pratiques et les discours ne sont plus influencés par la tradition ou par une quelconque « sagesse », mais par la validation de leurs modèles expérimentaux ou théorique par la science. Ainsi, pour une pathologie X, le praticien va choisir une approche clinique/paraclinique/thérapeutique A, car les preuves scientifiques évaluant A ont démontré une meilleure efficacité³ que les preuves scientifiques évaluant B. L'équation suivante semble donc représenter le choix rationnel du praticien face à une demande de soins :

$$S(A) > S(B) \Rightarrow A$$

Avec S comme validité scientifique

A comme pratique A

B comme pratique B

C'est ici que nous souhaitons proposer une vision plus large ; nous affirmons que cette équation est incomplète. Il s'agit de penser le savoir scientifique non comme une forme indépendante de savoir, mais comme étant un savoir intégré à un ensemble de déterminants non-scientifiques ayant sur lui un impact décisif de contrôle et de rétrocontrôle, l'un et l'autre influençant leurs courses respectives. Derrière la méthode scientifique, le discours médical est en réalité impacté par un ensemble de sous-bassement exogènes qui s'ignorent. Comme l'écrit Berrios, « afin d'appréhender des croyances si profondément enracinées, l'épistémologue doit d'abord remettre la psychiatrie dans son contexte historique. Assez rapidement, il lui apparaît clairement que chaque postulat né d'une proposition ou d'une imposition émanant de l'autorité s'exerce pendant une période historique particulière » (4). Il existe deux approches épistémologiques à même d'aborder les sciences : en étudiant leurs développements de manière diachronique, ou de manière synchronique, en s'intéressant à leurs structures actuelles (6). Dans ce travail nous

³ L'efficacité est ici à comprendre non comme la seule efficacité quantitative, mais comme l'efficacité pondérée par le coût bénéfice-risque et par les réalités économiques.

adopterons la première méthode.

La science, comme l'ensemble des activités humaines, possède une histoire, un déroulé chronologique expliquant sa forme actuelle ; la science a toutefois pour particularité d'étudier la *vérité*⁴, concept atemporel s'il en est. Cette contradiction n'est toutefois qu'apparente ; en effet, il importe de différencier l'étude *normative* de la science, qui établit l'idée d'un ensemble vrai et fondé de connaissances, et l'étude *descriptive* de la science, qui étudie le contenu réel des activités humaines qu'on nomme science, approche qui rend nécessaire l'étude historique (6).

A ce stade de notre développement, nous considérons que la logique propre au discours scientifique répond à trois niveaux distincts d'influence : un niveau infra-logique, un niveau supra-logique - que la science possède en commun avec toutes les productions humaines - et un niveau strictement scientifique correspondant au développement syllogistique autonome des principes de la science et des données raffinées de l'expérience, les données non brutes, ayant déjà subits le filtre infra-logique du langage. Il appartient donc à l'analyse épistémologique de discriminer chacun de ces niveaux de manière à y déceler les apports prédéterminant l'édification d'un savoir scientifique.

Or cette déclinaison en trois niveaux des préjugés de la science est redevable au processus épistémologique d'historicisation du savoir scientifique opéré au cours du XXe siècle. A chacun de ces trois niveaux, il correspond à la prise en compte de la contingence factuelle et historique selon laquelle un savoir scientifique est amené à s'esquisser d'abord, à se clarifier, à se concevoir, à se postuler, à se revendiquer puis à faire l'épreuve de sa fiabilité.

En définitive, la question de l'influence infra-logique, ou infra-scientifique, est celle du langage, et de la capacité du langage à rendre compte d'une réalité à laquelle il réfère. Cette question rallia les efforts de tous les grands intellectuels, épistémologues, linguistes, philosophes ou anthropologues du XXe siècle. Elle est vite devenue la question *des* langages, ou de la capacité de la science à créer un langage autonome qui préserverait le savoir scientifique des préjugés opérant dans la langue commune. Cette autonomie atteint son maximum d'autarcie en mathématiques (ce qui appuie la prétention de certains mathématiciens à considérer leur discipline comme anhistorique), mais elle s'avère impossible à garantir dans le domaine des sciences appliquées. Quels moyens une discipline scientifique doit-elle mettre en œuvre pour promouvoir la validité de son savoir ? C'est une question qui demeure ouverte aujourd'hui.

⁴ Les modèles explicatifs de cette vérité sont, quant à eux, périssables.

Le niveau scientifique répond à une méthodologie précise, qui élimine une part importante des aléas et des phénomènes aléatoires pour étudier les phénomènes. Il s'agit ici de l'approche scientifique naissant avec Descartes, qui stipule la vérification des faits avant toute affirmation. Les travaux de Karl Popper, fondateur de l'épistémologie scientifique contemporaine, nous rappellent toutefois que la simple vérification ne saurait être suffisante pour discriminer une approche scientifique d'une approche spéculative propre aux pseudo-sciences. Pour établir une méthodologie réellement scientifique Popper défend une approche déductive qui irait du particulier aux données empiriques, suivant un chemin allant de la théorie, de la déduction des conséquences induites par cette théorie puis par la réalisation d'expériences propres à réfuter potentiellement la théorie.

Le niveau qui nous intéresse ici est ce que nous appelons le *niveau supra-scientifique* ; toute méthodologie, aussi parfaite soit-elle, toute théorie, aussi précise soit-elle, ne peut se penser, s'expérimenter, se pratiquer qu'au sein d'un environnement social, personnel, historique, politique, idéologique, sociologique, symbolique, climatique, émotionnel (etc.) donné. Ces *facteurs externes à la logique scientifique* viennent pondérer la course du savoir et ses applications, non par des contingences internes à la connaissance, mais en modelant ses réalisations concrètes s'exprimant dans et par le monde. Cette approche, également appelée *sociologie de la connaissance scientifique*, renvoie selon Léna Soler « au programme d'étudier l'influence des *facteurs sociaux* (ou du « contexte ») sur le *contenu* des sciences (sur ce qui vaut comme connaissance) » (6). La science est donc déterminée à la fois par des facteurs cognitifs - « en analysant ce qu'est la méthode scientifique, et en montrant comment des critères *proprement scientifiques, internes* à la science, interviennent dans l'établissement des connaissances scientifiques » (6) - et des facteurs sociaux. « La science pure et désintéressée, écrit Yves Gingras, est [...] un produit culturel qui ne peut être pris pour acquis et demande à être défendu et promu, toute pratique scientifique reposant ultimement sur des valeurs culturelles. [...] Alors que la science se veut universelle, toute doctrine [...] idéologique introduit un élément extérieur à la science qui risque de nuire à son développement en imposant des critères qui auront des effets pervers sur son développement » (7). Les conflits de valeurs qui existent dans toutes les sociétés peuvent ainsi bloquer le développement de certains types de connaissances et diriger les travaux dans d'autres directions : les « valeurs socialement produites influent toujours les orientations de la recherche scientifique » (7), résume Gingras.

Ainsi, nous affirmons que la psychiatrie, se présentant comme discipline scientifique – ce qu'elle essaye de devenir –, est influencée de manière directe et indirecte par des *facteurs externes à la logique scientifique*. L'objectif d'un tel constat n'est nullement de relativiser les apports bénéfiques de la méthode scientifique et de l'évaluation sur la discipline – qui en a grandement besoin – mais bien d'autoriser un regard embrassant l'ensemble de la problématique : le nier c'est occulter la vision du scientifique et s'exposer à des erreurs méthodologiques importantes pouvant avoir des conséquences funestes sur le développement de la psychiatrie.

Ainsi notre première équation simpliste se transforme :

$$\alpha_S \cdot S(A) + \alpha_{Pe} \cdot Pe_{Prat}(A) + \alpha_I \cdot I(A) + \alpha_{Po} \cdot Po(A) > \alpha_S \cdot S(B) + \alpha_{Pe} \cdot Pe_{Prat}(B) + \alpha_I \cdot I(B) + \alpha_{Po} \cdot Po(B)$$

=> A

Avec S comme validité scientifique

A comme pratique A

B comme pratique B

Pe comme influence personnelle

Prat comme pratiques personnelles

I comme influence de l'idéologie

Po comme influence du politique⁵

Trois facteurs externes nous semblent être primordiaux dans cette dynamique : l'influence personnelle (*Pe*), l'influence de l'idéologie (*I*) et l'influence du politique (*Po*)⁶.

L'influence personnelle (*Pe*) est constituée par l'ensemble des contingences dues aux particularités et caractéristiques propres aux acteurs⁷, mais également par les relations interpersonnelles, positives ou négatives, qu'ils peuvent tisser entre eux.

⁵ Cette équation doit être comprise de manière heuristique, illustration d'un concept, plus que comme vérité mathématique, ce qu'elle n'est pas et n'a nullement prétention à être.

⁶ Il est évident que d'autres facteurs sont également en jeu dans la modulation du savoir. Là encore, le propos n'a pas prétention à l'exhaustivité.

⁷ Sur le plan de la philosophie de la technique cette question a été abordée, entre autre, par Ivan Illitch et Jacques Ellul. Ces derniers abordent la question de l'inéluctabilité et de l'indépendance de la découverte technique au-delà d'un certain stade de développement : l'homme n'est plus au centre de la découverte scientifique, mais devient l'incarnation temporaire – et au final anonyme – d'un progrès scientifique désincarné et dont la logique s'autonomise de la morale et de la volonté humaine, car devenue *nécessité*. Sur ce sujet on lira avec intérêt le petit ouvrage d'Ivan Illitch *La convivialité*, ainsi que l'œuvre de Jacques Ellul, particulièrement *Le Bluff technologique* et *L'illusion politique*.

L'idéologie (*I*) doit être comprise comme étant l'influence implicite d'un système prédéfini d'idées à travers desquelles la réalité est analysée⁸.

L'influence du pouvoir politique (*Po*) représente l'impact que les décisions politiques peuvent avoir sur l'évolution du savoir. Proche de l'influence idéologique, *Po* est moins implicite et plus directe, moins théorique et plus stratégique.

Chaque situation, chaque discipline, chaque période historique possèdent sa propre pondération du facteur scientifique par ces facteurs externes. Les sciences dites dures sont moins sensibles à ces facteurs externes. Moins sensible ne signifiant pas insensible, on peut retrouver ici et là des exemples de leurs influences dans l'évolution du savoir. Au milieu du XXe siècle par exemple, la question atomique est une problématique de souveraineté nationale de premier plan ; certains états engagent alors des moyens considérables dans les programmes de physique fondamentale. Cette volonté politique (*Po*) vient raffermir le courant scientifique et orienter en partie sa direction. Au contraire, un gouvernement antinucléariste pourrait décider de stopper toute expérimentation sur le nucléaire, asséchant *ipso facto* les budgets de recherche, les débouchés professionnels, entravant indirectement l'avancée de la science. Ces « sciences dures » sont modifiées *quantitativement* par les facteurs externes à la logique scientifique, par un effet catalyseur ou inhibiteur.

Plus poreuses sont les sciences humaines ; l'adjonction de méthodologies scientifiques évaluatives, tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif, ne peut annuler tout à fait l'influence des *facteurs externes*. Pour donner un exemple, dans les années 1950 le marxisme diffuse dans l'ensemble de l'Université française aboutissant à l'expansion d'une histoire universitaire marxiste, une économie universitaire marxiste, une psychologie universitaire freudo-marxiste, etc. Le facteur idéologique (*I*) vient donc perturber le déroulement scientifique classique. Contrairement aux sciences fondamentales, les *facteurs externes* modifient quantitativement mais aussi *qualitativement* les sciences humaines : leur nature change sous l'influence directe ou indirecte des *facteurs externes*.

⁸ Nous utilisons ici le terme *idéologie*, non dans sa connotation péjorative actuelle, mais dans son sens originel, créé par Destut de Tracy entre la fin du XVIIIe siècle et le début du XIXe siècle, pour désigner une science ayant pour « objet l'étude des *idées*, de leurs caractères, de leurs lois, de leur rapport avec les signes qui les représentent et surtout de leur origine ». Dans le langage courant, *idéologie* souligne une doctrine qui guide ou inspire la direction d'un mouvement (cf. André Lalande, *Idéologie*, dans *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Presses Universitaires de France, 2010, p. 458).

La psychiatrie, de par sa nature *hybride*, constitue un cas de figure intermédiaire ; bien que s'appuyant sur des données scientifiques fondamentales, la psychiatrie est aussi une pratique sociale. Si, comme toute science, elle est influencée par les *facteurs externes*, la question de sa modification quantitative et qualitative se pose différemment. Il nous semble qu'un effet de seuil puisse être mis à jour : lorsque les facteurs externes ne jouent qu'un rôle secondaire dans le savoir – comme dans une société qui considère la psychiatrie comme une pratique autonome et autorégulée, libre de choisir les problématiques qui l'intéresse -, ce dernier ne sera modifié que quantitativement et à la marge. Cependant, lorsque l'importance de l'influence de ces facteurs se fait grandissante, il arrive qu'une modification *qualitative* puisse survenir et ainsi entraîner un renversement de ce savoir. Les différents « *plans psychiatrie* » initiés par les gouvernements successifs (*Po*) sont par exemple venus renforcer tel ou tel secteur, telle ou telle lacune, mais ne viennent pas perturber le fonctionnement du savoir psychiatrique en soi. Au contraire de la loi italienne 180 de 1978, à l'origine de la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques et qui prend sa source dans une idéologie (*I*), portée par une politique (*Po*). La thèse ici présentée se propose de saisir, à travers l'exemple de l'histoire de la psychiatrie russe et soviétique, de quelle manière ces facteurs externes influencent le savoir psychiatrique.

En 1721, Charles Louis de Secondat, baron de Montesquieu, fait publier anonymement *Les lettres persanes* (8), roman fictif qui lui permet de penser et critiquer le politique à travers les yeux étrangers de ses protagonistes, contournant par-là la censure.

Faire l'histoire de la psychiatrie russe pour un psychiatre français tient de cette logique. S'il n'y a pas lieu ici de censure, parler des us et coutumes, des grandeurs et décadences de la psychiatrie russe porte moins à polémique que la dissection de notre propre rapport national au savoir. La Russie, dans les grandioses hauteurs et les terribles tourments de son histoire forme un exemple qui nous semble pertinent pour illustrer une telle histoire ; en Russie les contrastes sont plus vifs et nous permettront de clarifier notre propos.

Narrer l'histoire de la psychiatrie russe nous semble d'un grand intérêt intellectuel. Entre l'Europe et l'Asie, la psychiatrie nationale russe a participé à sa manière à la grande histoire de la psychiatrie, par son originalité, ses fulgurances et ses égarements.

Dans une première partie, nous évoquerons les débuts de la psychiatrie nationale. La folie, jusqu'à une période récente, est histoire d'esprits et de possessions. En Russie, les débuts des questionnements profanes sur la folie ne proviennent pas de la médecine mais du pouvoir politique. Ce sont les tsars qui, légiférant sur la prise en charge de la folie, sont à l'origine de la

laïcisation de cette dernière. La médecine ne viendra que plus tard dans la construction du savoir et des pratiques.

Pierre le Grand et Catherine II sont les deux souverains qui révolutionnent le regard porté sur la folie : le premier, souhaitant rationaliser l'État, légifère sur la construction de lieux spécifiques de prise en charge, bien différenciés des monastères dans lequel sont alors placés les fous. La seconde réalisera le projet du premier. La folie est d'abord en Russie question de législation, avant d'être médicale. C'est par l'intermédiaire de la justice que la fonction expertale de la médecine vient apporter son aide sur la folie.

De grandes figures médicales s'imposent dès le XIXe siècle ; leur influence irradiant parfois au-delà des frontières de l'empire. Si Pirogov est certainement le premier médecin russe d'importance, Vassili Fedorovich Sabler (1797-1877) est le premier personnage d'envergure de la psychiatrie nationale. Dans cette thèse, nous présenterons succinctement les plus illustres, nous attardant sur quelques noms, comme Korsakoff, Serbski, Bechterev, etc.

Ces hommes, une fois leur cursus universitaire terminé, se forment bien souvent auprès des grandes figures médicales du temps. Ces voyages ancrent doublement la psychiatrie nationale dans le paysage médical, en rendant visible aux Occidentaux l'expérience russe et en modulant les pratiques nationales selon les standards étrangers. C'est ainsi que la psychiatrie russe de la période impériale tardive est largement influencée par l'expérience psychiatrique allemande, française et anglaise.

Les psychiatres russes sont une frange de la population largement politisée ; leurs engagements politiques influent souvent leurs pratiques et inversement. Nous verrons en passant l'impact politique de la pensée médicale dans la contestation russe.

La révolution de 1917 vient bouleverser l'État russe ; si, une fois arrivés au pouvoir, les *bolcheviks* souhaitent instaurer le socialisme, les modalités pratiques pour ce faire leur échappent. Dans les premiers temps du régime, les médecins, particulièrement les psychiatres, ont carte blanche pour aider le gouvernement à guider la population vers le socialisme réel ; la psychiatre a ainsi comme objectif la participation à la formation des conditions nécessaires à l'édification de *l'Homme nouveau*, de *l'Homme socialiste*. Les psychiatres soviétiques s'intéressent alors largement à la question des frontières de la pathologie mentale, mais aussi sur les questions de prophylaxie mentale et d'organisation de la société. Donnons l'exemple du courant hygiéniste mental de Rosenstein qui est validée par le Commissariat à la Santé, tandis que divers programmes sont mis en place afin de rationaliser les vies de chaque individu, et d'adapter chaque environnement aux besoins de chacun.

La prise de pouvoir de Staline et l'ancrage du pouvoir communiste au cours des années 1930 viennent bouleverser l'équilibre. La psychiatrie, en proposant des pistes de gestion, entre en collision avec la ligne du Parti. Les premières condamnations tombent ; le Parti rassemble autour de lui les psychiatres fidèles au pouvoir. L'influence de l'environnement dans la genèse des troubles est défendue par le Parti tant que les diverses difficultés peuvent être mises au crédit du tsarisme mais, plusieurs décennies après la fin de l'empire, la persistance de troubles sociaux – que le socialisme doit théoriquement résoudre- rend une telle affirmation douteuse. S'en suit alors un renversement conceptuel ; les troubles mentaux n'ont pas d'étiologie environnementale : puisque la société socialiste résout toutes les contradictions sociales, l'environnement ne peut être à l'origine des troubles, car il persiste des pathologies mentales en U.R.S.S.. Dès lors, la psychiatrie ne peut plus s'étendre aux questions limites ou sociales : son objet se limite aux pathologies mentales manifestes. L'indépendance de la Science est sévèrement remise en question.

La situation s'aggrave encore au tournant des années 1940-1950 ; le pouvoir impose progressivement les travaux de Pavlov comme unique mode de pensée pour la science soviétique. Dès 1950, en pleine terreur stalinienne, le Parti organise de grands Congrès, grandes messes pavloviennes, réunissant accusateurs et accusés : la psychiatrie est sommée de se mettre au pas et les récalcitrants sont sévèrement châtiés. De la formation à la pratique, le psychiatre soviétique est cerné par l'idéologie.

Nous nous intéresserons également à l'histoire de la psychanalyse en Russie. La psychanalyse se développe assez rapidement en Russie impériale ; des psychiatres, parmi les plus en vue de la période impériale tardive, s'intéressent au mouvement créé par Freud. Ses œuvres sont traduites alors que certains médecins s'essaient à la pratique psychanalytique. La victoire des *bolcheviks* ne vient pas ternir cette réussite : la psychanalyse est autorisée sur le territoire soviétique mais, progressivement, devient de plus en plus enrôlée dans la machine totalitaire ; les psychanalystes doivent se soumettre aux desideratas du pouvoir et travailler dans les directions énoncées par lui, échangeant progressivement leur liberté contre l'appui du pouvoir. Un *Institut* de psychanalyse est même créé dans les années 1920, permettant à la Russie de former ses propres analystes. Toutefois, l'élimination de Trotski, intéressé par la pensée freudienne, et la prise de pouvoir de Staline change la donne. La psychanalyse se voit attaquée sur le plan théorique mais aussi politique. De plus en plus assimilée à une pratique bourgeoise et cosmopolite, trotskyste, voire contre-révolutionnaire et fasciste, la psychanalyse devient *persona non grata* en U.R.S.S. autour des années 1930. Ce n'est que des décennies plus tard que la théorie psychanalytique revient en U.R.S.S., d'abord par la critique avant que le débat

ne se dépolitise.

La psychiatrie soviétique durant la Guerre froide est dominée par la figure d'Andrei Snejnevski ; c'est par son intermédiaire qu'un nouveau bouleversement vient toucher la psychiatrie nationale. La persistance de troubles sociaux durant les années Brejnev et Andropov alors que le socialisme devait tarir les sources du malaise chez l'homme soviétique, plonge les autorités dans l'embarras ; il n'est plus possible d'imputer les échecs à la période impériale. Par glissement, le discours psychiatrique se moule sur ce nouvel état de fait. Son concept de schizophrénie latente, cette « schizophrénie sans signes de schizophrénie », devient une arme au service du pouvoir.

Depuis la Révolution d'octobre, le régime soviétique a l'habitude de supprimer ses adversaires, par la violence directe et par l'enferment et l'isolement au sein du *Goulag*. Monde concentrationnaire classique, le Goulag a le grand défaut d'être voyant, trop voyant dans la cadre d'une répression qui se veut, dans le contexte de la Guerre froide, la plus discrète possible. Un nouveau mode de gestion de l'opposition va progressivement le remplacer : l'internement psychiatrique. Au début des années 1960, Khrouchtchev déclare la disparition de la catégorie de prisonnier politique en U.R.S.S. ; les manifestants qui rejettent le régime sont, selon le premier secrétaire du Parti, que des malades mentaux, malades qui nécessitent une aide adaptée. Si comme le rappelle Khrouchtchev « un crime est une déviation des standards comportementaux généralement reconnus, fréquemment causée par des troubles mentaux », il importe à la psychiatrie de résoudre cette problématique nouvelle. Sous Brejnev (1964-1982) - ce dernier annonçant qu'il n'existe plus d'emprisonnements pour raison politique - le plein développement de la psychiatrisation politique est atteint. Ne pas s'adapter au paradis socialiste est signe de folie. À partir de cette affirmation, un grand nombre de dissidents passent par les mains de la psychiatrie soviétique : officiellement, il n'agit plus de punir des opposants, mais de *soigner des malades*. Plusieurs centaines – ou milliers – d'opposants se voient donc imposer des hospitalisations au sein d'hôpitaux spéciaux, gérés par le ministère de l'Intérieur ; ces hommes et ces femmes sont traités par délivrance de neuroleptique, par des comas insuliniques, sont souvent violentés – les gardiens parlent du traitement par *koulazine*, contraction du russe *koulak* (les poings) et amimazine (nom russe du *largactil*), pour évoquer ce cocktail de neuroleptique et de violences physiques. Nous présenterons ici trois récits de dissidents passés par les geôles psychiatriques, Vladimir Boukovsky, Piotr Grigorenko et Léonid Pliouchtch.

Les dissidents font connaître au monde les pratiques dévoyées de la psychiatrie soviétique ; pourtant ce n'est qu'à la fin des années 1960 que les psychiatres du monde entier se penchent réellement sur la question. La pression se faisant de plus en forte, il n'est plus question de

médecine mais d'intérêt national : les Congrès mondiaux de psychiatrie seront largement impactés par cette problématique : menaces, critiques, déclarations, condamnations, expulsion, réintégration viendront rythmer la vie des congrès des années 1960 à 1980.

Inter vepres rosae nascuntur, les débats autour des pratiques punitives de la psychiatrie sont à l'origine de grands bouleversements qui touchent l'ensemble de la psychiatrie mondiale. Ainsi, après le Congrès mondial de psychiatrie d'Honolulu (1977), est votée la *Déclaration d'Hawaï*, posant les bases éthiques de la psychiatrie moderne. De même, les dérives de la psychiatrie soviétique sont à l'origine d'une évolution de la nosologie qui nous concernent toujours aujourd'hui : pour contrer le danger d'une extension de la schizophrénie latente de Snejnevski (l'entité, déjà chez Bleuler, est présente dans les différentes éditions de la C.I.M.), le D.S.M. III (1980) de *l'American psychiatric association* durcie les critères diagnostiques de la schizophrénie en affirmant la nécessité de la présence minimale de deux manifestations pathologiques.

À travers cette riche histoire, nous mettrons en évidence ces facteurs externes à la logique scientifique qui nous semblent si importants dans la formalisation du discours psychiatrique.

I. La psychiatrie impériale

A. *Les origines*

1. Folie et démonologie

a) *La folie chez les Slaves avant l'ère chrétienne*

La psychiatrie est, en Russie comme ailleurs, une discipline médicale d'apparition tardive ; la folie et la déraison n'attendent toutefois pas la constitution du savoir médical pour interroger les populations slaves. On pense la folie, on agit sur elle bien, bien avant son accaparement par la médecine.

En terre slave, comme dans d'autres zones géographiques, la folie se rattache à des événements extraordinaires, mystiques et magiques. Dans la religion des Vieux Slaves (9), religion aux racines et influences indo-européennes, iraniennes et finno-ougriennes (10), la notion d'*esprit* est familière : comme l'écrit Lise Gruel-Apert, « les pays slaves se distinguent par une démonologie très abondante. Celle-ci concerne tout l'environnement naturel, mais aussi l'environnement fabriqué par l'homme, ainsi que tous les phénomènes qu'il ne peut maîtriser. Ces phénomènes incompris génèrent des incarnations semi-anthropologiques qui tiennent à la fois de l'animal, de l'esprit ou du démon, du "maître", voire de la divinité [...]. Parmi ces nombreuses émanations des craintes et espoirs qu'engendre un environnement non maîtrisé et qu'il faut sans cesse amadouer, on trouve des esprits de la nature, des esprits de la maison, des esprits incarnant le mal-être (pauvreté, maladie...) » (11).

Nombres d'esprits peuplent ainsi la nature ; ces derniers sont parfois bons pour l'homme, parfois néfastes. Les esprits de la forêt (*leshyl/lechi*) sont des esprits facétieux qui guident le chasseur dans sa quête, protègent les troupeaux : en échange de certaines conditions, l'*otpousk*, le *lechi* assure une chasse abondante, éloigne les prédateurs, guide la cueillette, mais n'hésite pas à punir sévèrement les contrevenants du pacte (11). Ces esprits s'amuse à égarer le voyageur, cache ses affaires, le fait se coucher sur une fourmilière ou tomber dans des fossés. Le *vodianoï*, esprit des eaux, vit dans l'eau douce ; ne s'aventurant pas hors de son territoire aquatique, il peut être dangereux pour les hommes, les attrapant par les pieds pour les noyer, faisant disparaître le bétail. Surtout actif la nuit, on peut l'entendre au loin, claquant sa paume sur l'eau (11). L'esprit de la maison, le *domovoï*, rentre dans l'*isba* en construction, infiltrant les piliers de bois (10).

Esprit farceur, il réveille les propriétaires du logis, claque les portes, fait grincer le parquet ; si le *domovoï* n'aime pas les habitants, il s'attache à les faire partir, leur rendant la vie impossible (11). Les démons de midi, très répandus dans la mythologie slave, protègent les champs contre les voleurs et les maraudeurs (12) (13). D'autres esprits sont seulement négatifs et tentent d'insuffler le mal-être dans leurs victimes, de leur inoculer des maladies (11). Cette proximité quotidienne avec ces divinités mineures autorise, écrit Cyrille Koupernick, « un climat d'indulgence amusée envers les formes les moins violentes de l'aliénation mentale » (14). Des guérisseuses, les *znakha*, savent désensorceler, soigner les maladies, calmer les souffrances, tant morales que psychiques (11).

Les premières sources établissant une classification de la folie en Russie remontent aux IX^e et X^e siècles ; la folie est alors assimilée à un phénomène d'intervention démoniaque. Les traitements sont délivrés par les chamans, guérisseuses et sorciers, usant d'herbes médicinales, et, comme l'écrit Anne Grupel-Apert, « à la fin du XIX^e siècle, en Russie du Nord, on faisait encore plus confiance en la guérisseuse qu'au médecin » (11).

b) L'expérience de la folie après la christianisation

Païens, les Slaves le restent jusqu'au règne du prince kiévien Vladimir le Grand (958-1015) ; d'abord sous influence varègue et iranienne, le prince officialise en 980 le culte de six dieux païens, établissant un lieu sacré au sommet d'une colline consacrée à Kiev (15). Rapidement pourtant, pour des raisons d'ordre politique, Vladimir devient apostat. Suivant l'exemple de sa grand-mère, la princesse Olga, il embrasse le christianisme gréco-byzantin, marquant par là son allégeance à Constantinople. Son baptême marque le début de la christianisation massive des populations slave (15).

L'arrivée du christianisme en Russie change la vision alors portée sur la folie ; le malade mental devient innocente victime de l'esprit malin (16). Suscitant la pitié, les fous sont traités humainement par le clergé. En effet, comme l'écrit l'historien Maurice Lever⁹, « le simple d'esprit, c'est le fou chéri de Dieu, le premier dans le royaume des Cieux, mais aussi le premier sur terre, car lui seul partage, dans sa pauvre cervelle délabrée, la secrète pensée du Tout-Puissant. Dieu lui inspire la vérité comme il l'inspire à l'enfant. [...] Aussi l'Église, qui se montra parfois si dure envers les mendiants, voire envers les malades, témoigne-t-elle d'une infinie

⁹ Maurice Lever parle ici de la vision de la folie au sein de l'Occident chrétien lors du haut Moyen-Âge ; ces propos s'appliquent toutefois à la pensée chrétienne slavo-orientale.

sollicitude à l'égard des idiots. Elle leur offre l'hospitalité dans ses couvents, elle les nourrit, les protège, que parce qu'ils représentent le Christ livré à ses persécuteurs. Elles les respectent comme les dépositaires de la sagesse divine » (17). La *Chronique des temps passés* (1111) du moine Nestor, plus vieux récit slave conservé, fait état de la maladie du moine Isaac, qui, selon le texte, « refusait le manger et le boire ; on le retira d'une grotte où il était resté couché deux ans sans mots dire » (18). Isaac est ensuite logé dans la cellule du supérieur Fédossi Pétcherski qui le soigna lui-même (18).

Les malades sont pris en charge par les moines au sein des monastères (19) et sont divisés en deux groupes : les "fous" et les "étranges". Les fous vagabonds (les *Strannyié*, à la fois étranges et étrangers) sont également aidés (14). Les soins apportés par l'Église orthodoxe russe sont largement empreints d'humanité et axés sur des mesures de réhabilitation. Les malades participent à la vie des monastères et travaillent souvent comme jardiniers. Les médications sont à base de préparations d'herbes, de baies et de graines (poivre, moutarde, noix, etc.), d'alcool, de thés sédatifs, d'huiles et de miel. Des guérisseurs sont également présents dans les monastères (11). Durant le Moyen-Âge, le concept russe de folie englobe l'épilepsie, l'alcoolisme, le retard mental, mais également les troubles psychotiques au sens large (20).

La population russe croit voir dans le phénomène de la folie une preuve de sainteté et apporte une aide non négligeable à la prise en charge des malades (20).

Si les monastères occidentaux sont garent de la culture et de l'organisation sociale, le monachisme slave s'oriente plus directement vers le mysticisme ; la question de la folie lui sera ainsi plus familière (14). Plongé au plus profond de son âme, le mystique devient "fou de Dieu", un *Yourodivyi*, voie ouverte à la sainteté, mais exposée aux effondrements psychiques (14), établissant dans l'idéal russe la proximité entre le fou et le saint.

Bien que la Russie ne connut pas de phénomène inquisitorial, il existe toutefois quelques cas de procès en sorcellerie¹⁰, validé par certains *oukases* gouvernementaux (21). Le peuple fait la distinction entre les *Jurodivy*, les idiots et les simples d'esprit, respectés et vénérés, et les *Klikoukaï*, possédés démoniaques, craints, méprisés et chassés (16).

¹⁰ « Revenons sur l'attitude double de l'Église orthodoxe vis-à-vis de tous ces arts occultes. On trouve, d'une part, des condamnations sans équivoque, contenues dans les textes anciens [...]. D'autre part, on constate une relative indulgence : il n'y a eu ni inquisition ni bûchers collectifs, seulement des cas sporadiques de torture, quelques lois dus aux grands de ce monde (dont des tsars) mais, le plus souvent, aux paysans eux-mêmes. [...]. Cette relative tolérance et même connivence ont entraîné un rejet peu appuyé des pratiques magiques ». Lise Gruel-Apert, *Le monde mythologique russe*, deuxième édition, Éditions Imago, 2016, p. 297.

2. Les premières politiques de la folie

a) *Premières interventions de l'État*

À côté de cette prise en charge religieuse et populaire, l'État russe légifère progressivement sur la question de l'aliénation, impactant par là l'histoire de la folie en Russie.

C'est sous le règne du tsar Ivan le Terrible (1530-1584), durant le XVI^e siècle, que les premières lois sont édictées afin de réglementer la question des soins à dispenser aux aliénés : le premier édit sur les aliénés est promulgué en 1551 lors du Synode de la Très Haute Église (21).

Le texte valide la prise en charge monastique de la folie, soulignant que les pauvres, les malades, « les possédés du diable et ceux qui avaient perdu l'esprit » devront être cloisonnés dans les monastères « afin qu'ils ne tiennent lieu d'entrave ou ne soient occasions d'alarme aux bien portants » (21). Ainsi, ils ne « gêneront pas les biens portants et recevront la lumière de l'entendement de la vérité » (22). Bien que la loi fixe le placement des aliénés au sein de structures réservées, une large part d'entre eux continuent à errer à travers les villages devant le manque de lieux adaptés. Dans nombre de documents de l'époque, il n'existe pas de distinction clairement établie entre les indigents et les fous, le terme *nestchastny* (infortuné) étant utilisé indifféremment (23).

Sous le règne du tsar Alexis Ier (règne de 1645-1676), un nouveau code législatif est rédigé, l'*Oulogénie* (1669) : la question juridique de l'aliénation est une nouvelle fois posée : les aliénés sont assimilés aux sourds-muets et aux mineurs en matière de témoignage judiciaire (16). Parallèlement à ces apports juridiques le regard porté sur la folie se modifie ; Moscou est progressivement investi par des masses croissantes de populations rurales en détresse. Dès lors, pauvres et fous ne sont plus considérés comme des infortunés, mais comme des menaces pour la société (23).

La première mesure gouvernementale concernant directement la question de l'aliénation émane du tsar Fédor Alexéievitch (règne de 1676 à 1682) ; souhaitant légiférer sur l'aide apportée aux fous, il demande au Saint-Synode d'établir une classification des malades mentaux afin de bâtir des hôpitaux spéciaux, séparés des autres, spécialisés dans la prise en charge de ces malades (23). Le projet ne connaît pas de suite, mais la question est posée.

À côté de cette volonté d'institutionnalisation, de la folie se pose le problème de la protection des aliénés, plus particulièrement de ceux disposant de revenus conséquents. Dans ces cas, les abus de l'entourage étaient parfois flagrants. En 1677, le tsar Fédor Alexéievitch promulgue une première loi protectrice des biens des malades :

Les personnes qui sont aveugles, sourdes ou muettes, peuvent administrer leur fortune, mais celles qui sont adonnés à ivrognerie ou qui sont stupides ne peuvent le faire (16).

b) Les mesures de Pierre le Grand

C'est le tsar Pierre le Grand (règne de 1682-1725) qui légifère en profondeur sur la question de la folie à travers plusieurs *oukases* (édits) : le tsar enclenche des réformes importantes qui influencent directement la médecine légale russe (24) - en instaurant par exemple le principe de l'autopsie médico-légale en Russie (1716) (24) -, en spécifiant que les fous sont placés sous la responsabilité de la police (1722), mais également en légiférant plus largement sur la notion de folie.

Dans son statut militaire de 1716, Pierre le Grand réforme simultanément les systèmes juridique et médical ; désormais, dans le cadre de la vision rationnelle de l'État défendue par Pierre, tout médecin se voit obligé d'exercer des fonctions médicales au service du système judiciaire afin, écrit Élixa Becker, d'allier « la rationalité présumée des méthodes scientifiques à celle de la procédure inquisitoire nouvellement importée » (25).

Le 6 avril 1722, le tsar limite les droits de mariages et d'administration des malades mentaux afin de mieux les protéger :

Attendu qu'il est d'usage que chacun, quel que soit son rang, laisse en héritage à ses enfants ses biens meubles et immeubles, et que cet usage est valable même pour les imbéciles ou les fous qui ne peuvent ni apprendre quoi que ce soit ni occuper une fonction quelconque ; que, d'autre part, des personnes se rencontrent pour épouser ces derniers, malgré leur imbécillité ou leur folie, uniquement à cause de leur fortune ; que ces imbéciles et ces fous, dont la descendance ne peut être d'aucune utilité pour l'État, dissipent leur fortune d'une manière insensée, frappent et

maltraitent leurs subordonnés, et même assez fréquemment commettent des meurtres et arrivent à une ruine complète, nous ordonnons ce qui suit :

"Tous ces individus, quel que soit leurs rangs, devront être immédiatement signalés au Sénat, afin que le Sénat les examine. Si l'examen révèle qu'ils sont inaptes à toute éducation et à tout service utile, nous leur défendons d'entrer dans les liens du mariage et d'administrer eux-mêmes leurs propriétés. Ces propriétés seront administrées par leurs proches parents, où, à leur défaut, par les parents éloignés, et ceux-ci seront tenus de pourvoir aux besoins des incapables" (16).

Le 16 décembre 1723, par un deuxième texte, le tsar précise les conditions d'examens des aliénés :

Le Sénat devra s'informer de leur conduite journalière et leur poser des questions très simples telles que tout homme sensé puisse facilement y répondre. Si l'individu ne répond rien à ces questions ou ne répond que par des stupidités n'ayant rien à voir avec la question posée, cela indique la folie. S'il est déjà marié, s'il a des enfants, sa fortune ne doit pas lui être enlevée, mais être administrée par des personnes raisonnables (16).

Pierre interdit également l'envoi des fous dans les monastères ; c'est à l'État qu'incombe désormais de bâtir des hôpitaux dédiés. Toutefois, devant la lenteur d'exécution, les malades sont, pour les décennies suivantes, encore accueillis au sein des monastères (16).

c) Le statut juridique de l'aliéné

Pendant longtemps, les aliénés sont traités sur le plan pénal de la même manière que les personnes saines et ne sont pas exemptés de condamnations pour infractions.

En 1801, on retrouve un *oukase* d'Alexandre I^{er} (règne de 1801-1825) - qui a valeur de réprimande à un fonctionnaire plutôt que de décision générale -, dans lequel le tsar souligne l'importance que prend la folie dans certains actes violents, et la nécessaire prise en compte de cette donnée dans l'application de la justice. L'*oukase* est adressé au gouverneur de Kalouga,

Lopoukine, qui a fait juger pour meurtre un paysan aliéné :

Dans votre rapport du 15 avril sur les événements qui ont eu lieu dans le gouvernement qui vous est confié, ayant remarqué que le paysan aliéné, Vasile Pakomoff, est mis en jugement pour meurtre sur la personne de son oncle, le paysan Petroff, je trouve nécessaire de vous faire observer que, dans ce cas, il aurait fallu seulement s'adresser à l'aide de la police du district et du Collège de Médecine. Si, en effet, il a fait cela en état d'aliénation mentale, en vertu de cet examen on devrait l'envoyer dans la maison d'aliénés. Il n'y avait aucun des éléments nécessaires pour le mettre en jugement, car pour de telles personnes, il n'y a ni pénalités ni loi pénale. Je suppose que vous ne laisserez pas sans attention cette observation et que, dans ce cas, comme dans d'autres semblables, vous vous comporterez conformément à cette observation (24).

C'est n'est qu'en 1815 que la question de la responsabilité des aliénés est officiellement légiférée (24).

En 1833 est publié sur l'ordre du tsar Nicolas I^{er} (règne de 1825-1855) une nouvelle compilation de droit russe, le *Svod zakonov* (24), dans laquelle la législation sur la folie est réactualisée. Ainsi dans les lois civiles on peut retrouver les articles suivants :

Art. 367. - Chaque famille, dans laquelle se trouve un aliéné, est obligée d'aviser l'autorité locale, et à la suite d'un tel avis ce dernier est soumis à l'examen du Collège de Médecine.

Art. 366. - Est considéré comme aliéné celui dont la folie a été occasionnée pendant le cours de la vie par une cause quelconque.

Art. 373. - En cas de guérison de la personne, qui a été reconnue par l'examen comme aliénée, elle sera réexaminée suivant les mêmes règles.

Art. 381. - D'après les mêmes dispositions sont examinés les muets et les sourds-muets, après leur majorité. Quand il sera démontré que l'examiné peut librement exprimer ses idées et sa volonté, il lui est accordé le droit de diriger et de disposer de ses biens. S'il est trouvé qu'il est dangereux de lui accorder

pleinement un tel droit, il lui sera désigné une tutelle. Les muets et sourds-muets, sans aucune instruction et privés de tous les moyens de s'instruire et d'exprimer leur volonté, seront pourvus de tutelle.

Art. 1106. - Peuvent succéder [...] § 3, les personnes ayant des infirmités physiques ou mentales (sourds, muets, aliénés).

Art. 1107. - Les testaments des aliénés, quand ils sont composés pendant l'aliénation mentale, sont réputés nuls (24).

La réforme judiciaire de 1864¹¹ modifie en profondeur la fonction médico-légale des médecins : si depuis Pierre le Grand les médecins sont introduits dans le processus de décision judiciaire en tant que prolongement de l'activité des juges, en déterminant la nature des lésions ou examinant l'état mental des patients des délinquants criminels, la loi de 1864 incorpore pour la première fois une véritable fonction expertale, qui a pour objet de déceler la folie du prévenu. « La combinaison de ces innovations, écrit E. Becker, a amené des contemporains (profanes et spécialistes) à considérer la question de la folie et la responsabilité comme la tâche médico-légale la plus importante du médecin, et a entraîné le rôle juridique du médecin dans les débats sociaux et politiques du dernier quart du siècle » (25).

Pendant longtemps, et ce en retard avec certains pays européens, la Russie ne possède pas de loi spéciale pour l'enfermement de force des aliénés (26), hormis les quelques textes présentés plus avant. Au cours du XIXe siècle, aucun aliéné, s'il n'a pas été interdit, ne peut être contraint sans l'intervention de la police, et ce même pour les placements aux siens des structures publiques. L'*oukase* du 17 avril 1861 vient autoriser le placement pour les aliénés non interdits au sein des asiles privés, après avoir été examinés par un médecin (26).

Sur le plan juridique, la législation civile de la Russie connaît de grands changements à partir de 1882, date à partir de laquelle elle commence à se rapprocher des standards occidentaux (27). À cette période les textes législatifs définissent l'aliénation mentale comme suit :

Art. 265. - Sont réputés insensés ceux qui n'ont pas la raison saine depuis leur première enfance.

Art. 366. - Sont dits fous, ceux dont l'aliénation, constituant une

¹¹ Cette réforme instaure, pour la première fois en Russie, la séparation entre le pouvoir judiciaire et exécutif, en affirmant l'inamovibilité des juges et la réunion de jurys populaires, créant un domaine officiel séparé de la volonté directe du souverain (cf. Richard Pipes, *Les Révolutions Russes, 1905-1917*, Éditions Perrin, 2018, p. 102).

maladie, qui est portée parfois jusqu'à la fureur, pourrait nuire aux malades et à la société ; elle exige donc une surveillance particulière (28).

Nombre de droits sont retirés aux aliénés, leur responsabilité juridique étant quasi nulle. Ainsi, avec l'article 1016, est établi que les testaments doivent être rédigés par des personnes jouissant pleinement de leur raison et de leur mémoire ; l'article suivant souligne que :

Art. 1017. - Par conséquent sont nuls les testaments 1° des insensés, des fous et des aliénés, quand ils sont dans une période d'aliénation mentale ; 2° de ceux qui se sont suicidés.

De plus :

Art. 19. - Les aliénés sont représentés devant les tribunaux par leurs parents ou tuteurs.

Art. 367. - Un mariage fait avec une personne atteinte d'aliénation ou entre deux aliénés est nul. Leurs biens sont mis en tutelle.

Art. 371. - Ne sont pas admis comme témoins ceux qui, par suite d'un dérangement des facultés mentales, sont soumis à un examen ou traitement médical, par ordre des autorités compétentes (28).

La non-accessibilité des aliénés à leurs droits juridiques est justifiée par l'article 700, d'après lequel l'acquisition des droits n'est valide que lorsqu'elle est basée sur un consentement mutuel et respectant le libre arbitre, facultés qui font défaut aux aliénés (28).

Pour tous préjudices et dommages causés par les aliénés :

Art. 654. - Sont responsables ceux qui, aux termes de la loi, sont obligés d'exercer une surveillance sur eux (28).

La loi russe reconnaît comme raison de non-responsabilité la perturbation des fonctions mentales ; d'après l'article 10 du *Code des peines* :

Art. 10. - Tout acte commis n'est pas considéré comme crime en cas de démence, de folie ou d'accès d'une maladie pouvant entraîner la fureur ou la perte complète de conscience.

Art. 13. - La faiblesse d'esprit est regardée comme circonstance atténuante pour l'accusé (28).

Le système judiciaire impérial se tourne vers les médecins pour affirmer, ou infirmer, l'existence d'une pathologie mentale. Les médecins doivent alors établir la capacité civile d'un malade et justifier ou non la mise en place d'une mesure de tutelle, en prévention d'un acte délictueux ; enfin, ils doivent statuer sur la question de la responsabilité criminelle (28) de l'inculpé.

L'examen de mise sous tutelle est effectué en présence d'un représentant de la fonction publique, dont l'autorité croît proportionnellement au rang social du malade (régence du gouvernement, gouverneur, vice-gouverneur, président du conseil municipal, simples fonctionnaires). Tous les individus présents lors de l'examen ont le droit de vote. L'examen (art. 373.) se limite à une liste de questions concernant la vie quotidienne. Un procès-verbal est ensuite rédigé et soumis, si le patient n'est pas un paysan, au Sénat pour jugement définitif. Si l'individu est reconnu fou ou insensé par la chambre, il est alors placé sous tutelle (art. 376.) (28).

Un ensemble de texte légifère sur la question de la protection des biens et la mise sous tutelle :

Art. 375. - Les personnes reconnues aliénées par le Sénat sont confiées aux soins et placées sous la surveillance de leurs parents les plus proches ; en cas de refus de la part de ces derniers, elles sont placées dans un asile d'aliénés.

Art. 376. - Les biens des personnes atteintes d'aliénation mentale sont confiés à leurs héritiers, sans que ceux-ci aient le droit de les aliéner, ni de les hypothéquer du vivant du malade ; ils doivent en outre mettre les revenus en sûreté.

Art. 377. - Au point de vue de la gestion de ses biens confiés aux héritiers, l'aliéné est assimilé à un mineur (29).

Pour l'établissement de la responsabilité criminelle, c'est le juge d'instruction qui, lorsqu'il émet des doutes sur l'état des facultés mentales du prévenu, qui peut suspendre l'instruction et demander à la cour la prescription d'un examen médical. Ce dernier s'effectue en présence du tribunal, sans les jurés, par trois médecins. Si ces derniers sont censés, comme lors de la procédure de mise sous tutelle, suivre une liste de questions portant sur la vie domestique, la réalité de la pratique judiciaire ne suit pas toujours la procédure. Le prévenu peut être placé dans un asile afin d'évaluer plus précisément son état mental. Le tribunal et les jurés ne sont pas tenus de suivre l'expertise médicale. Si l'aliénation mentale est établie, l'affaire est renvoyée (28).

3. La médicalisation de la folie

a) *Les débuts de la laïcisation de la folie*

Si, comme on l'a vu, c'est par l'intermédiaire du juridique et du politique que la folie devient définitivement une question médicale au cours du XIXe siècle, c'est sous le règne de Pierre le Grand que débute réellement la médicalisation de la folie en Russie.

Convaincu que le service universel de l'État est l'unique façon d'atteindre la société parfaite, Pierre le Grand enclenche une modernisation à marche forcée du pays (30). Au sein de cette nouvelle société, plus de place pour le fou libre ou l'oisif. Par une série de décrets, le tsar fait savoir que la place des sujets socialement "inutiles", "dangereux" ou "menaçants" est désormais d'être placés au sein d'institutions spécialisées (23). À partir de la première partie des années 1720, un nouveau terme est utilisé (*soumasbrodnye*) dans les documents législatifs afin de départager les *fous* des autres *infortunés* (*nestchastny*), marquant par-là la modification du regard porté sur la folie.

S'intéressant à la question de la mendicité, l'empereur réalise que nombre de mendiants sont fous. Il ordonne leurs examens par des délégués qui leur font passer des questionnaires, « dont, avec un peu d'imagination, on pourrait faire les préformes des tests psychologiques et des échelles modernes » (31), écrivent les psychiatres Koupernik et Gourevitch. Devant l'inefficacité de telles mesures d'évaluation et de placement, le tsar décide en 1723 de la construction de "maisons de fous" dédiées à ces populations ; mais, comme le souligne Gregory Zilboorg, même la volonté despotique de l'empereur ne peut facilement renverser la tendance sous-tendue par une tradition pluricentenaire (32). Pierre Le Grand décède avant de voir le projet abouti, ce dernier sera terminé par son petit-fils, Pierre III et poursuivi par l'impératrice Catherine II.

La motivation de Pierre est principalement d'ordre étatique ; la question de la réhabilitation des malades n'est pas abordée. Comme l'a écrit l'historien Martin Miller, « en usant d'un terme spécifique pour les fous et en obligeant à déplacer les soins des monastères vers les institutions laïques, Pierre le Grand pose les jalons d'un système asilaire, sans cependant pour sa part l'instaurer » (23).

b) Naissance de l'aliénisme

Malgré la volonté du souverain, à la mort de Pierre, peu de bâtiments ont été construits pour accueillir les fous ; en 1727, le Synode reçoit la consigne de ne plus se référer au décret de Pierre et est chargé de ne plus faire d'obstacle à l'admission des malades mentaux dans les monastères (33). Le Sénat décide en 1742, sous le règne d'Élisabeth, fille de Pierre le grand, de faire marche arrière : comme par le passé les fous seraient envoyés au sein des monastères et entretenus par ces derniers, enterrant l'idée du tsar défunt jusqu'au règne du souverain suivant (16).

Pierre III (règne de 1761 à 1762), à l'instar de son grand-père, souhaite envoyer les aliénés au sein de structures spécialisées, structures qui devront être pensées par l'*Académie des Sciences* ; le 20 avril 1762, il écrit :

Les délirants, les fous, ne doivent pas être mis dans des cloîtres ;
qu'on leur bâtit une maison spéciale, une maison de fous
comme cela se pratique à l'étranger, telle est ma volonté (16).

Iouri Kannabick voit dans ce décret le début de l'histoire de la psychiatrie russe (33). La même année, le Sénat examine le cas des princes Kozlovski atteints de maladie mentale ; l'assemblée décide, respectant la volonté du prince ¹², que ces derniers :

ne [soient] pas envoyés à un monastère, mais plutôt placés
dans une maison spéciale qui serait construite à cet effet,
comme c'est le cas dans les pays étrangers, où ils ont établi
des "*Dollhouses*" ¹³(32).

¹² Pierre III inscrit sur un rapport concernant les princes l'indication suivante : « Ne pas envoyer les fous dans les monastères, mais construire à cette fin un bâtiment spécial ». (cf. L. Rokhline, *La médecine soviétique en lutte contre les maladies mentales*, Éditions en langues étrangères, Moscou, 1958, p. 11.

¹³ * "*Dollhouses*" voulant dire "maisons de poupée" en anglais. L'origine du nom n'est pas certaine ; utilisé jusqu'à la fin du XIXe siècle, il est fort possible qu'il s'agisse d'un terme non conforme de "*Tollhaus*", voulant dire "maison de fou" en allemand. Cf. Gregory Zilboorg, *Russian Psychiatry – its Historical and Ideological Background*, The Bulletin, Octobre 1943, pp. 717.

L'impératrice Catherine II (règne de 1762 à 1796) poursuit l'œuvre de Pierre III sur la question de la prise en charge des aliénés ; confisquant les biens ecclésiastiques en échange de traitements (1764), elle donne l'ordre qu'on désaffecte les cloîtres afin de pouvoir y loger les fous dans l'attente de la construction d'établissements spéciaux habilités à les recevoir. Les premiers cloîtres ainsi réhabilités seront ceux de Seleneck dans le diocèse de Novgorod et d'Andréewsk dans celui de Moscou (1765) : l'administration des établissements est confiée à la chancellerie synodale (16).

Cette période d'institutionnalisation de la folie est également le moment de sa médicalisation : l'académicien Gerhard Friedrich Miller, historiographe¹⁴ pourtant ignorant des questions médicales, est mandaté par l'*Académie des Sciences* à la demande de Pierre III (1762) pour étudier les lieux d'accueils des aliénés ; il consulte la documentation existante et produit un rapport, *Des fondements des maisons de fous* décrivant ce que pourrait être une "Dollhouse". L'académicien indique qu'une telle structure doit être gérée par des médecins et relègue les religieux à une place accessoire, ne pouvant intervenir uniquement lorsque les malades sont stabilisés (32). Les patients, propose-t-il, seront divisés selon quatre grands critères : les épileptiques, les lunatiques, les mélancoliques et les maniaques (*bechenye*, littéralement les "enragés") (23), nécessitant une répartition distincte dans les bâtiments de l'hôpital. En 1765 l'académicien Schlotzer se rend en Europe occidentale pour visiter les asiles et s'en inspirer (16), poursuivant cette tendance à la médicalisation de la folie.

Concomitamment à cette récupération de la folie dans la sphère d'influence du politique, le discours ecclésiastique évolue également : le synode de l'Église Orthodoxe russe de 1767 établit la distinction entre les cas d'infirmité mentale, éligibles à la médecine, et les cas d'atteintes de l'âme affectée par « des esprits diaboliques », domaine réservé des ecclésiastiques (19). La laïcisation du discours sur la folie est parallèle à sa médicalisation progressive.

¹⁴ Gerhard Friedrich Miller est connu dans l'histoire russe pour avoir, en 1749, prononcé une conférence à l'*Académie des Sciences* dans laquelle il expose sa théorie dans laquelle la Russie kiévienne aurait été fondée par des Normands. Devant l'indignation déclenchée par une telle thèse, jugée nuisible aux intérêts et à la gloire de l'Empire, l'impératrice Élisabeth Petrovna nomme une commission d'enquête. Les publications de Miller sont confisquées et détruites et interdiction lui a été faite de travailler sur l'histoire de la Russie antique. (Cf. Michel Heller, *Histoire de la Russie et de son Empire*, tempus, Perrin, 2015, p. 38).

B. L'institutionnalisation de la folie

1. Naissance de lieux spécifiques

a) Les premiers asiles

La phase de l'institutionnalisation asilaire débute réellement sous le règne de l'impératrice Catherine II : grandement influencée par le courant des Lumières (34), la Grande Catherine apporte de nouvelles réponses dans la prise en charge de la folie. Comme l'écrit l'historien Martin Miller, « dans une société qui cherche à se modeler sur la sensibilité sélective du rationalisme occidental, ces populations qui ne s'intègrent pas posent problème. Le monde de la raison est soumis aux lois de la logique, de l'ordre, de la symétrie, et d'un comportement orienté vers un but. [...] Pour Pierre le Grand, les oisifs doivent être "soignés" afin de servir l'État ; pour la Grande Catherine, ce sont les aliénés qui doivent l'être, afin de retrouver la raison de contribuer à l'ordre social au lieu de le troubler ou de la menacer » (23). La législation qui organise la création d'asiles ne laisse aucun doute sur le fait que l'objectif principal est la protection de la société contre les "éléments dangereux ". « Les bâtiments, écrit Julia Brown, devaient être "grands et robustes pour qu'il soit impossible de s'enfuir." Leur création était, du moins en partie, le produit d'une perception dans les hautes sphères que l'ordre social et politique était menacé par un afflux important de travailleurs dans les villes de l'empire » (35).

En 1775, le gouvernement impérial prend directement en charge l'assistance publique générale (16). Sont ainsi créés des *Comités de charité* dans chaque province, qui chapeautent l'ensemble des établissements de bienfaisance dont les asiles d'aliénés ; puis un nouvel *oukase* ordonne aux *Comités* la construction d'un asile spécial par province (16). Ce texte donne également des indications thérapeutiques à adopter envers les aliénés : libre aux asiles de les isoler, l'objectif premier est de les mettre *hors d'état de nuire* (16). L'*oukase* souligne cependant la nécessaire humanité avec laquelle les fous doivent être traités.

Entre 1776 et 1779, l'impératrice fait bâtir les *zélotes doma*, les *Maisons jaunes*, à Novgorod, Moscou et Saint-Pétersbourg (36), premières institutions de soins directement dédiées à la folie. Le premier asile psychiatrique russe ouvre ses portes en 1776 à Novgorod. La même année, 26 sont créés au sein de l'hôpital *Ekaterininsky* de Moscou et, en 1779, un refuge voit le jour pouvant recueillir 32 malades mentaux à Saint-Pétersbourg (37). Le premier hôpital spécialement réservé aux aliénés de Moscou ouvre ses portes en 1808 ; en 1839, il est renommé

hôpital de la Transfiguration, le *Preobrajenski* (38), berceau de toute la psychiatrie russe, selon la formule de V. A. Giliarovski (39).

En 1815 les *Comités de charité*, originellement placés sous l'autorité du ministre de la police, sont rattachés au ministère de l'Intérieur. Malgré ces efforts de structuration et d'organisation, la jeune psychiatrie russe n'est pas en mesure de répondre aux attentes de plus en plus importantes.

Le règne de Nicolas II (1825-1855) marque une nouvelle étape dans la préoccupation de la folie en Russie. Comme l'écrit Richard Tempset, « ce monarque semble avoir porté un réel intérêt à la folie [...]. Nicolas eut la même approche envers la folie qu'envers les autres affaires de l'État, c'est-à-dire qu'il la réglementa. Il donna plus d'argent pour les aliénés et décréta plus de lois à leur sujet qu'aucun de ses prédécesseurs ou héritiers ; il inspecta régulièrement les asiles, comme il le faisait pour les régiments, les prisons et les écoles ; avec sa passion du détail, il manifesta un grand souci pour administration des asiles les plus reculés. Comme Pierre et Catherine, Nicolas considérait en réalité les fous comme une sorte de criminel : ses mots sur le sujet étaient "à peine plus que des mises en garde du souverain contre le danger que représentait la folie pour la société russe". Jamais il ne dissocia la folie de la moralité et, dans sa législation, relia en fait les deux ; ses lois révèlent qu'à ses yeux la démence équivalait à une oisiveté mentale et à l'absence de morale (*beznravstvennost*) » (39).

C'est à cette période qu'est créé un nouveau comité chargé de gérer les hôpitaux, orphelinats et hospices. Ivan F. Rioul (1796-1855), membre de ce comité spécial, est la grande figure de cette nouvelle réforme psychiatrique : présentant son rapport à la couronne en 1832, Ivan Rioul propose un ensemble de mesures visant à la guérison des patients. Soulignant l'importance de séparer les patients jugés curables des incurables, il détaille les critères de curabilité. Rioul recommande également de s'intéresser aux conditions de vie du malade : nutrition, mode de vie, vie familiale, doivent être évalués lors de l'examen des patients admis à l'hôpital. Le projet de soins défendu par Rioul est accepté par le gouvernement qui fait bâtir des locaux adaptés à Saint-Pétersbourg : "*l'hôpital de tous les affligés*" (*Vseskorbiatchtchie*) (1828) est dirigé par l'une des grandes figures de la psychiatrie russe naissante, le Dr Fedor Ivanovich Gertsog¹⁵

¹⁵ En 1818, Gertsog fonde un hôpital pour malades mentaux à Moscou, qu'il dirige jusqu'en 1825, avant de s'installer, entre 1828 et 1832, en cabinet. En 1930, il est à l'origine de la première clinique privée de Moscou. En 1832, il est transféré à Saint-Pétersbourg pour diriger le nouvel hôpital "*de tous les affligés*". Sur le plan clinique, il est l'auteur de plusieurs ouvrages importants, sur l'obésité notamment. Son fils Pavel (1830-1883) suit les traces de son père et, une fois devenu psychiatre, est l'un des fondateurs de la *Société des psychiatres de Saint-*

(1785-1853) (18). L'hôpital dispose d'un parc de promenade pour les patients, d'installations de loisirs (lecture, musique) et propose des activités de travail thérapeutique au sein d'ateliers dédiés(18). Malgré les efforts fournis, l'établissement est lui aussi rapidement débordé.

Le grand aliéniste français Charles Lasègue, après un séjour de visite en Russie (1848), donne des hôpitaux russes une vision démontrant la lenteur des réformes (40) :

Aucun classement méthodique n'est essayé ; l'aliéné qui entre occupe la place vide ; agité ou tranquille, inoffensif ou dangereux, il prend part immédiatement à l'existence commune [...]. Dix, douze ou même vingt individus sont ainsi rassemblés au hasard et cloîtrés impérieusement durant les cinq mois d'hiver. [...]. L'organisation médicale répond à l'insuffisance matérielle des asiles. Un médecin, et obligé de visiter seul jusqu'à trois cents malades, à également la surveillance des aliénés (40).

Paradoxalement, Lasègue rapporte la bonne tenue des asiles russes, lieux où règne un sentiment d'ordre et de calme ; il impute cette réussite à l'âme slave d'obéissance et du respect de l'autorité administrative, même chez les aliénés :

Voilà donc comme organisation administrative, un des plus brillants résultats qu'on puisse signaler. L'individualité du fou a été, pour ainsi dire, confisquée au profit de la règle. Aucune de ses imaginations délirantes n'a le droit de se produire ; celui qui poussait la fureur jusqu'au meurtre est devenu calme ; celui dont rien n'arrêtait le verbiage est réduit au silence.

Par quels moyens a-t-on réalisé cet ordre merveilleux auquel aspirent tant de médecins et qu'ils regarderaient comme le meilleur produit de leurs efforts thérapeutiques ? En Russie, où l'on frappe impitoyablement les hommes de bon sens, on respecte les fous qui ne sont soumis à aucune violence. [...]. Habitué dès son enfance à respecter des supérieurs capables de se faire obéir, le soldat ou le paysan, lors même qu'il devient fou, n'est pas dépossédé de ses traditions : chez lui, il osait être violent ; à l'hôpital, il se soumet (40).

Pétersbourg.

S'il loue l'efficacité administrative, Lasègue critique l'inanité thérapeutique de l'aliénisme russe :

Dans ces asiles si bien ordonnés, la maladie poursuit son désordre, elle passe de l'état aigu à une forme plus tenace ; la guérison ne profite pas d'un bien-être qui n'a pas été institué pour elle. Admis dans le paroxysme de la manie, les aliénés subissent une sorte de métamorphose intéressante à constater, pare qu'elle se manifeste si souvent qu'elle ne peut passer pour l'effet du hasard. Au bout de quelque temps, ils tombent dans une demi-stupidité qui se prolonge des années entières et de concilie merveilleusement avec les exigences matérielles du service. Arrivés là, ils deviennent inoffensifs, leur physionomie garde le cachet du délire violent, féroce, passionné, mais ce n'est rien qu'une empreinte qui ne s'est pas effacée. Si la place manque, on les rend à leurs familles ; si le nombre de lits est suffisant, on les garde comme des vieillards en enfance (40).

La Russie dispose de 14 asiles en 1814, 43 en 1863 (33). Malgré les efforts entrepris, le nombre de lits reste insuffisant : en 1860, on dénombre 4 146 places pour aliénés en institutions spécialisées (asiles dépendant des *Comités de charité*, asiles privés, hôpitaux militaires, etc.) (16). Les conditions de vie y sont exécrables ; le Dr von Rothe, directeur de l'hôpital de Kamenetz-Podolsky, témoigne (1882) :

Les logements faits pour six personnes en contenaient quinze. Il n'y avait à l'usage des aliénés que deux salles, une pour les hommes, l'autre pour les femmes. On séparait les diverses catégories d'aliénés comme on pouvait. Les aliénés dangereux étaient attachés à leurs lits par une courroie qui leur prenait le pied. Il n'existait pas de cabinets d'aisances à proximité ; les malades calmes allaient à des cabinets assez éloignés ; les autres faisaient leurs besoins dans un bassin qu'on leur apportait ou souvent sur le sol (16).

Le rôle des médecins dans ces structures est d'abord secondaire : rarement présent dans les locaux, leur rôle se limite bien souvent à la prescription pharmaceutique. Les patients sont laissés aux gardiens qui, soulignent Charles Vallon et Armand Marie partis en Russie (1893) en tant qu'observateurs, usent largement des moyens de contentions afin de ne pas être dérangés

(16). Les membres du personnel ne sont pas formés, sont parfois violents et alcooliques (35). Ces derniers forment, paradoxalement, le groupe le plus influent au sein de l'hôpital ; le manque de personnel médical laisse le champ libre aux préposés, comme le regrettent les psychiatres russes :

Tout est entre les mains du préposé. Le préposé est le tsar, le souverain absolu de la salle (35).

[Certains préposés] sont en mesure de décider quels sont les ordres du médecin qu'ils doivent choisir d'exécuter. [...] Le préposé peut façonner et façonne son rapport au médecin sur la conduite de patients donnés de sorte que ces patients soient sous le contrôle du préposé (35).

La population russe refuse d'envoyer les malades dans ces institutions jusqu'à la fin du siècle, arguant de l'impossibilité de la guérison dans ces conditions.

En 1842, le gouvernement envoie des commissaires enquêter sur les asiles de provinces et, en 1845, la situation dramatique motive la création d'une nouvelle commission composée de médecins et de fonctionnaires, chargés de définir un nouveau projet de réforme des asiles (16) : proposant de bâtir de grandes structures asilaires modernes, la commission désigne plusieurs villes qui devront se charger de construire de tels lieux (Saint-Pétersbourg, Kazan, Moscou, Kharkov, Odessa, Vilna, Riga) (16). Ces asiles, pensés pour recevoir de 100 à 250 patients, seront divisés en dix bâtiments isolés : deux réservés aux agités et gâteux, deux pour les incurables, deux pour les convalescents et quatre pour le personnel médico-administratif. Lorsque les coûts de construction de ces asiles sont calculés, le budget initialement alloué est largement dépassé - la somme initiale était de 60 000 roubles par hôpital, les estimations sur plan étaient de 280 000 à 400 000 roubles -, mettant un terme au projet (16).

En 1856, une commission est une fois encore réunie ; reprenant les bases de travail de la commission précédente, les plans sont modifiés pour coller au budget. La première construction asilaire est prévue à Kazan pour 1862 à titre d'expérience. Là encore la réalisation effective du projet échoue lors de la phase exécutive ; l'asile ne répond plus aux exigences des aliénistes (16). Une énième commission est convoquée, composée cette fois de médecins et d'architectes. À la suite de leurs conclusions, un asile de 150 lits est construit à Kazan en 1862 – l'ouverture date de 1869 – pour une somme proche de 500 000 roubles (16).

Le peu de réussite de ces expériences motivera l'abandon de la construction de grands asiles centraux (41) (28)¹⁶, finalement trop onéreux, insuffisamment dotés en lits d'hospitalisation et éloignés d'une grande partie de la population d'un point de vue géographique (16).

b) Courant humaniste dans la psychiatrie impériale

Malgré les difficultés, nombre d'asiles sont construits au début du XIX^e siècle grâce à l'action d'hommes « d'un dévouement admirable à leurs malades et dont le docteur Sabler est le plus illustre » (31), soulignent Koupernik et Gourevitch.

En 1805, à la demande du gouverneur civil de Moscou P. Arshenevsky, débute la construction d'un nouveau bâtiment réservé aux aliénés ; terminé en 1808, le *Dollhouse* de Moscou – qui prendra en 1838 le nom d'hôpital de la Transfiguration, le *Preobrajenski* (38) - peut initialement recevoir quatre-vingts malades (42). Elle est la première institution psychiatrique de Moscou ; auparavant les malades étaient gardés au sein des monastères, des prisons, des églises.

L'hôpital est dirigé¹⁷ de 1811 à 1828 par le Dr Zinoviï I. Kibalchich (1772-1831) l'un des premiers psychiatres russes (43) et auteur du premier traité russe de psychiatrie clinique, traité traduit en français (*Notes sur le mode de traitement employé à l'hôpital des aliénés de Moscou*, 1813) (44). Diplômé de l'école médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg en 1791, Kibalchich réalise une grande partie de sa carrière à Moscou. Ses recherches se concentrent principalement sur la clinique des fièvres dans la maladie mentale ; d'inspiration matérialiste, il considère la folie comme secondaire à des facteurs externes nocifs. Défendant une approche individuelle des patients, Kibalchich cherche à prédire l'évolution des pathologies mentales en fonction de leur cause, leur durée, l'âge d'apparition, les conditions de vie, l'apparence physique et propose une classification originale des troubles mentaux. De même, il défend une approche thérapeutique individualisée à chaque patient :

¹⁶ Pour une description de l'organisation et du fonctionnement des asiles russes de cette période, on pourra se référer à l'article de Paul Herzog, *Des asiles d'aliénés en Russie*, Annales Médico-Psychologiques, quatrième série, t. II, Juillet 1863, pp. 81-83 et de G. Marchant, *La législation russe sur les aliénés, Organisation de la clinique des maladies mentales et de l'asile Saint-Nicolas à Saint-Pétersbourg*, Annales Médico-Psychologiques, 6^e série, t. VIII, Juillet 1892, pp. 81-97.

¹⁷ Les médecins chefs de l'hôpital jusqu'à la Seconde guerre mondiale sont : I. A. Karas (1802-1811), Z. I. Kibaltchitch (1811-1828), V. F. Sabler (1828-1871), F. I. Krasvsky (1871-1872), S. I. Steinberg (1872-1877), N. I. Derzhin-Vin (1877-1888), V. R. Butske (1887-1894), I. V. Konstantinovsky (1894-1904), N. N. Bazhenov (1904-1917), N. A. Buneev (1917-1918), A. L. Lushin (1919-1923), A. M. Zaytsev (1923-1931), J. P. Buhgaysky (1931-1934), M. A. Dzhagarov (1934-1941) ; 1943-1944), V. D. Denisov (1941-1943). (L. S. Larina, N. T. Khokhrina, *K istorii psikhiatricheskoy bol'nitsy n°3 im. V. A. Giliarovskogo (byvhey Preobrazhenskoy bol'nitsy)*, Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatryia Vol. 18 (3), 2008, p. 62).

La méthode à suivre dans le traitement des vésanies ne peut être ni fixe ni générale ; elle varie suivant les causes, l'ancienneté de la maladie, l'altération plus ou moins profonde des facultés mentales ; suivant que ces mêmes causes proviennent de naissance ou de vieillesse, dont l'effet des passions, d'un vice de l'éducation, de maladies externes ou internes, suivant la constitution de l'aliéné et le genre de sa maladie (44).

S'élevant contre les mesures de contention, Kibalchich souligne l'importance du traitement médical associé à l'hospitalisation précoce, au travail thérapeutique des malades et au divertissement (43).

Son successeur est le Dr Vassili Fedorovich Sabler (1797-1877), l'un des premiers spécialistes russes à connaître une renommée internationale. Grâce au docteur Sabler témoigne le psychiatre Tikhon Iudin, le *Preobrajenski* devient « le centre de la psychiatrie non seulement pratique, mais aussi scientifique, devenue la tradition de l'école psychiatrique de Moscou, qui le distinguait de celle de Saint-Pétersbourg » (38).

De 1819 à 1823, Sabler étudie à la faculté de médecine de Dorpat et, une fois diplômé, se rend à Moscou où il travaille avec Fedor I. Gertsog (45). En 1828, il débute sa longue carrière au sein de l'hôpital d'aliéné de Moscou et, en 1832 en devient le médecin-chef. C'est sous impulsion qu'en 1838 l'hôpital est renommé hôpital *Preobrajenski* (42).



Figure 1. Vassili Fedorovich Sabler (1797-1877)

Considérant que la maladie mentale est une propriété protectrice de l'organisme, permettant dans de nombreux cas de lutter contre les maladies physiques, il écrit que :

à l'approche de la folie, la vie du patient est le plus souvent assurée (45).

Sur le plan clinique, il s'attela principalement à décrire le tableau de la paralysie générale, dont il offre une présentation qui fait date :

La maladie décrite se caractérise par des accès violents et constants ; dans la sphère psychique, on constate une déchéance plus ou moins profonde des facultés intellectuelles, fréquemment compliquée de délire, le plus souvent mégalomane ; dans la sphère corporelle, l'affaiblissement, le tremblement, la demi-paralysie surtout des muscles volontaires et, principalement, des muscles linguaux, se manifestent par une articulation dépourvue de clarté, une démarche hésitante, le tremblement des mains, du gâtisme. Son cours est grave et toujours très lent ; cependant il dépasse rarement trois ans et, interrompu soit par une amélioration, soit par une aggravation, il se termine inmanquablement par la mort (18).

Autre écrit d'importance, Sabler note, en 1846, à partir d'observations de paralytiques généraux, que les fièvres intermittentes peuvent exercer une influence bénéfique sur le traitement de certaines maladies mentales (18), qui préfigurent les travaux futurs de Rosenblum et de Von Jauregg.

Vassili Sabler fait instaurer une réglementation détaillant les droits et les devoirs de tout le personnel de l'hôpital ainsi que l'établissement d'un dossier médical régulièrement mis à jour pour les patients (45).

Souhaitant lutter contre l'hospitalisme, Sabler tente de faire sortir les malades le plus rapidement de l'hôpital afin de poursuivre des soins dans les familles tout délivrant à ces dernières des instructions sur les traitements et les soins. Il réorganise les lieux en créant trois départements, l'un pour les patients curables, un autre pour les incurables et un dernier pour les patients en convalescence (42). Sabler tente de justifier scientifiquement la séparation des malades en

phase aiguë, nécessitant une prise en charge hospitalière intensive, et les malades chroniques, envoyés en foyer ou à domicile, tout en nécessitant la poursuite de soins, mais dont la stratégie thérapeutique devait être adaptée en fonction de l'évolution (45). Sabler insiste sur la valeur thérapeutique de la psychothérapie dans les formes chroniques des troubles mentaux :

Le médecin, en utilisant des ruines de l'esprit, construit à partir d'anciens matériaux le nouveau bâtiment (45).

Vassili Sabler est également un partisan de l'utilisation du travail et de l'ergothérapie dans la thérapeutique des malades :

le travail des malades (ergothérapie) est un [...] moyen qui leur permet souvent, sinon toujours, de perfectionner leur récupération et de soulager l'excitation douleurs, favorable à l'établissement d'un silence total et de l'ordre (42).

Médecin-chef de l'hôpital quarante-deux ans durant (1828-1871), convaincu de l'importance des facteurs psychogènes dans la formation des troubles, Sabler essaie, sur le modèle de Pinel, d'humaniser la prise en charge (18) (1834) : supprimant l'usage des chaînes, limitant l'usage de la camisole de force et des sièges de contention pour les patients les plus agités, des douches froides, il utilise des techniques de "thérapie morale" utilisées en Occident, comme l'utilisation de la musique, de l'artisanat et de l'entretien du jardin de l'hôpital (45) ; en 1840 des livres et revues sont achetés pour les patients, et, de 1840 à 1856, l'hôpital acquiert divers objets ludiques, comme un billard ou des violons (42). En 1834 il rédige des règles détaillées pour le travail au sein de l'asile, *Sur les occupations des patients qui se trouvent dans un asile d'aliénés* ; des jardins et des ateliers sont construits au sein de l'hôpital et rédige, en 1836, des instructions à l'attention des personnes qui s'occupent des patients une fois sorties de l'hôpital (42).

Les réformes humanitaires introduites par Sabler sont possibles grâce à la générosité de bienfaiteurs ; un pensionnaire fortuné de l'hôpital, un dénommé Koreishcha, qui dirige une entreprise prospère malgré son hospitalisation, favorise grandement la réalisation des réformes (21), mais, malgré ces audacieuses réformes, le *Preobrajenski* est rapidement incapable d'assurer pleinement sa mission, submergé par les demandes et sous-doté financièrement (18)¹⁸.

¹⁸ C'est au sein du *Preobrajenski* que l'idiot, saint et voyant Ivan Yakovlevich Koreysh (1817-1962) a reçu, quarante-cinq ans durant, des visiteurs de toute la Russie alors qu'il était interné au sein de l'hôpital.

Certains successeurs de Sabler au *Preobrajenski* tentent de poursuivre son œuvre d'humanisation des soins ; S. I. Steinberg, directeur de 1872 à 1877, constate l'état désastreux de l'hôpital. On ne retrouve dans le *Preobrajenski*, regrette-t-il, que des camisoles des forces et des chaises de contention pour les patients violents. Condamnant ces pratiques, il les fait réduire au minimum, mais, devant le manque criant de personnel et la surpopulation asilaire, n'arrive pas à les faire disparaître totalement (33). « En Russie, comme dans le reste du monde, écrit Iouri Kannabikh, le succès de l'introduction d'un régime libre ne dépendait pas tant de la conviction et de la persévérance des médecins que de la disponibilité des ressources matérielles nécessaires à la réalisation de ces objectifs. Malgré des obstacles colossaux, l'énergie de quelques personnes a jeté les bases de cette cause » (33). En 1878, sous la direction du Dr N. I. Derzhin-Vin, l'utilisation de camisole de force est limitée par la prescription médicale, prescription qui ne peut être demandée qu'en cas de situation exceptionnelle ; cette mesure est toutefois annulée en 1887, entraînant un retour des anciens moyens de contention (33). Victor Romanovich Butske (1845-1903) (46), en poste de 1887 à 1894, systématise la thérapie par le travail, proche de l'ergothérapie actuelle, pour tous les patients et expérimente le système des portes ouvertes au sein de l'hôpital en 1889.

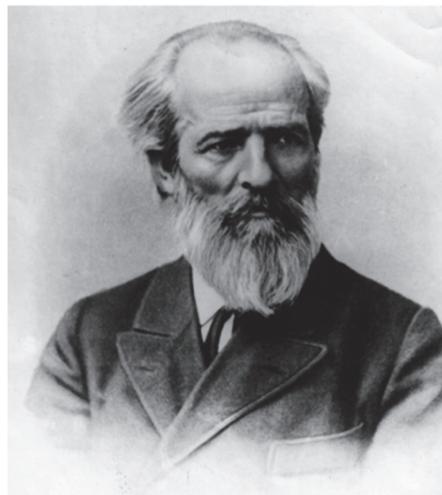


Figure 2: Victor Romanovich Butske (1845-1903)

Diplômé de l'université de Moscou, Butske passe deux ans à Bonn avant de revenir en Russie. En 1871 il intègre le *Preobrajenski* et, à l'instar de Sabler, souhaite réformer les soins psychiatriques à l'aune de l'humanisation défendue par Pinel (46). Au cours des années 1870, il introduit le travail thérapeutique systématique pour les patients, exige une restriction stricte des camisoles de force, organise des conférences scientifiques et cliniques.

Butske devient directeur de l'établissement en 1887 et s'engage pour une réforme en profondeur des soins apportés aux malades. Comme l'écrivent Basova et Kokorina, « il était extrêmement difficile de changer la situation au sein d'un hôpital qui, à l'époque, était sous la surveillance de l'autorité publique. Butsk devait non seulement briser la résistance d'un certain nombre de médecins satisfaits de leur quotidien, mais aussi de la majorité du personnel subalterne de l'hôpital, habitué aux "anciennes méthodes" et à traiter les patients d'une manière bien différente. Pour ce faire, il a fallu un homme non seulement talentueux et énergique, mais également très dur, précis et attentif, jusqu'au pédantisme, jusqu'aux moindres détails de la vie hospitalière. V.R. Butske est devenu un tel chef » (46). Devenant médecin-chef, il réintroduit le *no-restrain system* et, en 1889, instaure le système des portes ouvertes.

L'humanisation des soins apportés aux malades ne résout toutefois pas le problème de la surpopulation ; à Moscou en 1890, on compte 671 lits d'hospitalisation psychiatrique pour une population de 753 469 personnes (1 place pour 1 123 habitants) : devant ce problème sanitaire majeur, le *Preobrajenski* ne peut plus accueillir de nouveaux patients ; les seules admissions se font sur ordre de l'autorité judiciaire et policière (46).

Victor Romanovich Butske essaye de répondre à cet engorgement : en contact permanent avec des associations caritatives, il arrive à réunir des fonds suffisants pour bâtir un nouvel hôpital. En 1890, après avoir discuté du projet avec Kozhevnikov et Korsakoff lors de la première réunion de la *Société des neurologues et psychiatres* de Moscou, Butske propose de bâtir un hôpital sous forme pavillonnaire, permettant une meilleure adaptation des soins en fonction de la présentation clinique et l'évolution des malades. Bustke souhaite également mettre de côté la spécificité psychiatrique des dispositifs médicaux ; un hôpital est un hôpital, quelles que soient les pathologies accueillies (46) :

Il convient d'examiner les malades mentaux de la même manière
que n'importe quel autre patient lorsqu'ils sont admis à l'hôpital
(46).

En 1894, Bustke quitte le *Preobrajenski* pour diriger le nouvel hôpital *Alekseyev* ; « fidèle à son principe selon lequel "un hôpital psychiatrique bien organisé est le moyen le plus puissant de traiter les malades mentaux", V.R. Butske s'efforce de créer une atmosphère confortable et presque familiale, de contrôler strictement l'attitude amicale du personnel envers les patients » (46). L'utilisation de camisole de force est interdite dans l'établissement, les barreaux aux

fenêtres sont réservés au compartiment des patients agités ; en 1890 les chambres d'isolement sont démantelées. Les lieux sont équipés d'espace d'ergothérapie, servant également de zone de repos et de détente le soir (46).

Malgré l'amélioration de la prise en charge des malades mentaux, Victor R. Butske fait le constat de l'impossibilité de la généralisation de l'hospitalisation :

Un remède pour les malades mentaux est un rêve qui ne peut être réalisé que dans les conditions les plus favorables. Très bientôt, il y aura un moment où l'hôpital débordera de chroniques qui n'auront nulle part où aller (46).

Devant ce constat, Victor Romanovich Butske s'engage dans la création de lieux dédiés aux patients chroniques de l'hôpital : en 1894 un bâtiment de deux étages est construit pour les patients chroniques masculins suivis en 1897 d'un autre bâtiment pour femmes. Bustke se tourne ensuite vers l'organisation de soins ambulatoires, en instaurant le mécénat paysan, puis en 1903, en créant des centres urbains de consultation, précurseurs des dispensaires psychoneurologiques (46).

Moscou n'est pas la seule ville à entreprendre une humanisation de sa prise en charge des malades mentaux. A Novgorod en 1875, E. F. Andrioli, directeur de l'hôpital Kolmovo, fait détruire les moyens de contention et organise des cours de formation pour les patients. Son successeur, B. A. Shpakovsky, poursuit son œuvre, agrandit les ateliers et le potager de l'hôpital à l'usage des malades. Shpakovsky se fait également le défenseur de la création de colonies agricoles (33). En 1880, l'hôpital est complètement réorienté vers la prise en charge exclusive de la maladie mentale. La clinique psychiatrique est alors pensée sur un principe colonial, véritable ville, complexe d'hôpitaux, de maisons et de bâtiments résidentiels, axés autour du travail des malades (47).

Près de la ville de Tver, le psychiatre Mikhaïl Pavlovitch Litinov crée en 1884 la colonie agricole de Burashevo. Diplômé de l'*Académie de médecine et de chirurgie* de Saint-Pétersbourg, élève de Séchenov, Litinov travaille pour le Zemstvo de Tver ; envoyé en Europe, il découvre en Allemagne le principe des colonies psychiatriques, qui lui semble parfaitement adapté à la Russie (48). Trouvant un terrain adapté dans le village de Burashevo près de Tver, l'hôpital ouvre ses portes en 1884 et est prévu pour accueillir 250 patients.

L'hôpital sera un lieu de formation d'un grand nombre de psychiatres des *zemstvos* (Yakovenko, Kachtchenko entre autres), qui viennent apprendre à créer, organiser et gérer une colonie et s'initier aux techniques permettant d'abandonner les techniques de contention et d'entraves (33).

Le médecin Aleksandr Ustinovic Freze (1826-1884) est à l'origine de l'humanisation des soins psychiatriques à Kazan (49).



Figure 3: Aleksandr Ustinovic Freze (1826-1884)

Diplômé de l'Université de Moscou en 1854, il travaille de 1858 à 1864 auprès de Sabler au *Preobrajenski*. Son ouvrage *Sur l'arrangement des maisons de fous* (1862) attire sur lui l'attention de l'administration qui cherche à améliorer les conditions de soins aux malades mentaux ; Freze est envoyé un an et demi durant à l'étranger pour étudier les pratiques occidentales en matière de soins (50). En 1864 il est nommé directeur du district psychiatrique de Kazan, avant de devenir le premier professeur de psychiatrie de l'Université de Kazan (1866). Inspiré par son expérience au *Preobrajenski*, il applique à Kazan les méthodes humanistes de traitement des malades mentaux, rejetant les pratiques agressives (laxatifs, douches froides) (49).

Comme l'écrit le psychiatre Youri Kannabikh dans son *Histoire de la psychiatrie*, « on peut affirmer sans risque de se tromper que [le *no restrain system*], changement radical dans l'ensemble du monde hospitalier psychiatrique, a été rendu beaucoup plus facile en Russie [qu'en Europe occidentale] » (33). Kannabikh croit voir deux raisons particulières à cet état de fait : l'influence intellectuelle étrangère, de Griesinger aux expériences écossaises de Conolly, et l'influence qu'a eue, on le verra, Sergueï Korsakoff sur ses contemporains (33). Dans la

seconde moitié du XIXe siècle, la Russie est reconnue en Europe comme étant un pays désireux de développer les traitements les plus humanistes, en avance sur nombre de nations occidentales (51).

La création des *zemstvos* en 1867 est l'événement clef de la modification des soins psychiatriques en Russie ; le droit de construire des hôpitaux est alors délégué aux villes. Cette réforme coïncide avec la professionnalisation progressive de la psychiatrie et la consolidation de l'enseignement universitaire. Complétant leur formation à l'étranger, les médecins russes sont alors initiés aux innovations occidentales en matière de psychiatrie.

2. La médecine des *zemstvos*

a) La création des zemstvos

La taille gargantuesque de l'empire russe rend son gouvernement particulièrement ardu, gestion compliquée par le retard logistique généralisé. À partir du XVIIIe siècle, le gouvernement central commence à moderniser le pays, favorisant le développement économique et en stimulant la démographie (52). Des mesures sanitaires sont mises en place à Saint-Petersbourg et Moscou, avant d'être généralisées dans les provinces occidentales de l'empire. Au tournant des années 1820, des centres médicaux ouvrent pour les paysans de la cour, tandis que les paysans des terres d'État dépendent d'un programme de soins similaire. Pour la moitié de la paysannerie travaillant des terres privées, l'accès aux soins médicaux est déterminé en fonction des investissements des propriétaires terriens. Des comités de santé publique sont créés dans les provinces à partir de 1845 pour surveiller l'évolution des épidémies ; en 1855 on compte plus de 500 hôpitaux provinciaux (19 000 lits). Ces structures font face à une importante réticence paysanne, qui lui préfère souvent les soins traditionnels (52).

La défaite russe dans la guerre de Crimée (1856) souligne de manière criante le besoin de réforme de l'empire, de plus en plus en retard sur les nations européennes. La société russe du XIXe siècle, s'industrialisant malgré son retard, est en pleine mutation anthropologique. En 1860 92 % de la population russe est rurale ; elle connaît le taux d'espérance de vie à la naissance la plus faible d'Europe (27 ans). La mortalité infantile est énorme : 37,5 % des enfants meurent avant l'âge d'un an, la moitié n'atteint pas l'âge de 5 ans (53).

Voulant répondre aux impératifs du temps, Alexandre II lance un vaste programme de réformes

structurelles qui vient bouleverser la Russie en profondeur. En 1861 le tsar décrète la fin du servage (15) (54) : 46 millions de serfs sont émancipés, à l'origine de l'arrivée de millions de prolétaires sur un marché du travail déjà saturé¹⁹.

Face à la situation sociale catastrophique le gouvernement d'Alexandre II révolutionne la gestion des campagnes et met en place, en 1864, un réseau médico-administratif de décentralisation, les *zemstvos* – de *zemlya*, la terre (53) . Trente-quatre provinces de la partie occidentale de la Russie (sur cinquante) se voient accorder une large autonomie de gestion ; toute l'administration des affaires locales entre dans les attributions des *zemstvos*, enseignement et services médicaux inclus (15).

Les *zemstvos*, composés d'assemblées élues, basées sur un droit de vote restreint, se voient accorder un pouvoir de taxation local (52) et doivent gérer les établissements de santé provinciaux. Comme l'écrivent Debono et Renaud, « la décentralisation va [...] toucher le système de santé. Une nouvelle organisation verra le jour où les médecins et *feldshers* vont aller au-devant des patients. Leur action va marquer le début d'une médecine gratuite et égalitaire en même temps que le développement d'une pratique de santé publique s'attachant aussi bien à lutter contre les épidémies, surveiller les usines, les écoles et la qualité des eaux. Aussi efficace soit-il, le système ne survivra pas à une prise en main d'Alexandre II. Mais les bases de la santé publique [...] sont jetées » (53).

Les nouvelles autorités locales créent alors des sous-divisions territoriales au niveau des provinces (*guberniia*) et des districts (*uezd*). La plupart des soins médicaux sont dispensés au niveau des districts, entraînant, de la part du corps médical des *zemstvos* un engagement professionnel intense en faveur de la décentralisation des services de soins de santé (55). « Ils étaient fiers, souligne l'historienne Julia Brown, de leurs programmes médicaux en milieu rural ainsi que de leur succès dans la dispersion du personnel et des installations médicales dans les campagnes » (55). Les médecins sont hostiles à l'égard des institutions médicales financées au niveau de la province, constituées principalement les anciens hôpitaux provinciaux, « vestiges décrépits de l'avant-réforme, coûteux à exploiter et notoirement inefficaces. La plupart des médecins des *zemstvos* voulaient qu'ils soient éliminés et que toutes les ressources de soins médicaux soient plutôt dirigées vers les districts » (55).

¹⁹ Les derniers vestiges du servage disparaîtront réellement le 5 octobre 1906 sous l'action du premier ministre Stolypine ; une nouvelle loi lève les entraves au déplacement des paysans, ôtant à la commune le pouvoir de refuser à ses membres de partir à selon leurs grés. De plus, les commandants territoriaux se voient désormais refuser le pouvoir de punir les paysans (Michel Heller, *Histoire de la Russie et de son Empire*, tempus, Perrin, 2015, p. 1111).

Ce positionnement est alors diamétralement opposé à celui adopté de la profession psychiatrique : à la différence des services médicaux somatiques, les soins psychiatriques sont organisés au niveau provincial. « Contrairement aux autres médecins, la plupart des psychiatres ont été embauchés par les *zemstvos* provinciaux, et la profession avait misé son avenir sur la croissance des hôpitaux provinciaux » (56). De cette différence de vision de l'organisation des soins, naissent, au tournant du siècle des tensions entre les psychiatres et les autres médecins, aboutissant, comme nous le verrons, à l'acceptation du principe de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques.

b) La psychiatrie à l'ère des Zemstvos

Sur le plan médical, la réforme des *zemstvos* entraîne l'introduction d'un nouveau programme commun et unifié de formation des médecins au sein de toutes les universités russes, centré autour de la formation clinique. Rapidement, la pénurie de médecins commence à diminuer dans l'empire devant cette unification de la formation et de la généralisation de médecine rurale (57), mais les médecins des *zemstvos* doivent faire face à de grandes difficultés liées aux systèmes de soins itinérants, la taille des secteurs médicaux à couvrir, et aux faibles moyens financiers.

La nouvelle organisation bouleverse l'approche de la prise en charge de la folie. Nombre d'hôpitaux psychiatriques sont construits grâce au financement des *zemstvos* (33), dans l'idée de proposer une supervision médicale adaptée et d'offrir aux malades un travail thérapeutique dans des ateliers et des jardins. Les soins psychiatriques sont assurés au sein de grandes colonies rurales, se finançant par le travail de ses pensionnaires, respectant le principe d'autonomie proche dans son principe de la loi française de 1838.

Une nouvelle génération de psychiatre s'engage dans cette médecine des *zemstvos* (33). L'influence nouvelle des médecins accélère la médicalisation de la folie.

V. Iakovenko et N. Vyroubov proposent de décentraliser l'assistance psychiatrique afin de le rapprocher de la population, en créant un réseau de petits établissements psychiatriques s'occupant d'espaces géographiques circonscrits. P. Iakobi et A. Maltsev insistent sur l'importance des soins précoces dans les pathologies mentales et d'établir une séparation de locaux entre maladies aiguës et chroniques. Souhaitant traiter les pathologies chroniques par le travail, certains médecins des *zemstvos*, M. Litvinov et S. Steinberg en tête, créent des colonies

agricoles, dont celle de Burashevo, près de Tver. Inaugurée en 1884, la colonie de Burashevo, dirigée par M. Litvinov, est l'un des premiers établissements psychiatriques à abandonner les méthodes coercitives mécaniques tout en proposant un traitement par le travail agricole. De nombreux psychiatres russes viennent visiter le lieu et s'en inspirer avant d'organiser des structures du même genre dans d'autres régions du pays (18).

Malgré la construction de nouveaux hôpitaux – dont tous ne sont pas soumis au statut des *Zemstvos* (33) -, ces derniers sont rapidement submergés ; pour répondre à la saturation des lits dès la fin des années 1880 la psychiatrie russe s'oriente vers la prise en charge ambulatoire, se posant la question de l'organisation de colonies et de patronage ; l'expérience de Burashevo inspire alors nombre de praticiens des *Zemstvos* qui participent à la création d'hôpitaux-colonies.

Le Dr E. A. Ossipov (1841-1904) – père de N. E. Ossipov, futur initiateur de la psychanalyse en Russie - est le médecin le plus en vue de l'organisation nouvelle (58) ; élève de I. Mollezon, pionnier de la médecine sanitaire en Russie, médecin diplômé de l'Université de Kazan, Ossipov obtient un emploi auprès de A. U. Freze au sein de sa clinique psychiatrique (59).



Figure 4 : Evgraf Alexeyevich Ossipov (1841-1904)

Ossipov travaille d'abord comme médecin territorial dans la province de Samara, où il s'intéresse à des questions de statistiques sanitaires – il est pionnier dans ce domaine -, rassemblant des données et les besoins de santé publique (60). En 1873, le médecin déménage à Moscou où il crée une organisation sanitaire provinciale territoriale de Moscou, modèle des futures structures sanitaires du pays (23) ; il œuvre pour la création d'hôpitaux provinciaux pour remplacer les centres de soins itinérants (59).

Piotr Petrovich Kachtchenko (1859-1920), psychiatre et militant politique, future figure d'importance de la psychiatrie postrévolutionnaire, organise à la fin du XIXe siècle ce qu'il appelle "patronage familial" : les patients sont placés dans des familles d'accueil, sous surveillance étroite des psychiatres. Cette méthode doit, selon Kachtchenko, permettre de décharger les institutions psychiatriques et offrir de meilleures conditions de vie aux malades.

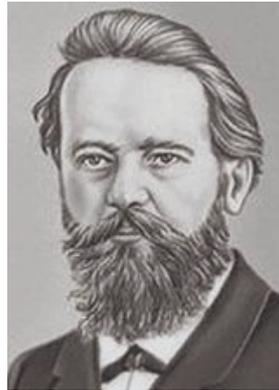


Figure 5 : Piotr Petrovich Kachtchenko (1859-1920)

Étudiant la médecine à Moscou, le jeune Piotr Petrovich Kachtchenko est renvoyé de l'Université pour avoir participé au mouvement révolutionnaire étudiant ; il est exilé dans la province de Stavropol. Libéré de la surveillance policière en 1884 il termine ses études à Kazan l'année suivante.

En 1886, Kachtchenko occupe un poste de psychiatre auprès de Litvinov à Burashevo (61). De 1889 à 1904, il occupe le poste de directeur de l'hôpital psychiatrique du *Zemstvo* de Novgorod et gère la colonie psychiatrique de Lyakhov (1901) (62). En 1904 il remplace V. R. Butske à la tête de l'hôpital Alekseyev de Moscou avant de diriger un nouvel hôpital psychiatrique à Saint-Pétersbourg, l'hôpital Sivoritsy, en 1907, dans lequel il met en place des mesures humanistes de soins et des colonies, qui jouent un rôle important dans les soins et l'activité économique de l'hôpital. Comme l'écrit Limakin, « c'est à l'époque de Saint-Pétersbourg que l'activité de P. P. Kashchenko se caractérise par la plus grande maturité créative, acquiert un caractère russe et lui apporte la renommée » (61). En 1913, P. P. Kashchenko, participant à la *Commission pour la révision de la législation médicale en Russie*, défend une disposition révolutionnaire pour l'époque selon laquelle l'intérêt du patient, et non le principe du "danger du patient pour la société", doit être la considération principale dans le développement de la législation dans le domaine des soins de santé mentale (61).

Dernière figure médicale des *Zemstvos* que nous présenterons ici, Vladimir Ivanovitch Yakovenko (1857-1923).



Figure 6 : Vladimir Ivanovitch Yakovenko (1857-1923)

Diplômé de l'Université de Saint-Pétersbourg en 1881, Yakovenko débute sa carrière en province avant de rejoindre la colonie de Burashevo de 1884 à 1889 auprès de N. P. Litinov. Il occupe ensuite différents postes à Kazan, Saint-Pétersbourg et Smolensk et, en 1894, supervise la construction de l'hôpital psychiatrique du *Zemstvo* près de Moscou, hôpital qu'il dirige jusqu'en 1906 (63).

Engagé politiquement, Yakovenko participe activement au mouvement révolutionnaire de 1905 ; démis de ses fonctions, il est renvoyé de son hôpital et envoyé dans la ferme Butova Gora dans la province de Poltava, où il vivra et travaillera jusqu'à son décès en 1923 (33).

Publiant nombre d'articles scientifiques, Yakovenko est l'initiateur en Russie du recensement des malades mentaux, qu'il effectue sur le territoire de la province de Moscou (1893), réunissant pour la première fois dans l'histoire de la psychiatrie nationale, des données sur la prévalence des pathologies mentales. Psychiatre des *Zemstvos*, il est l'un des premiers à défendre la décentralisation des soins psychiatriques, décentralisation permettant de rapprocher au maximum les soins des malades. En 1922-1923, une épidémie de typhus touche la province de Poltava ; Vladimir I. Yakovenko, participant à l'élimination de l'épidémie, est infecté et décède (63).

Simultanément à la décentralisation initiée par les *Zemstvos*, le nombre de lits d'hospitalisation augmente progressivement : en 1897 les *Zemstvos* gèrent près de 10 000 places réservées aux aliénés (16). En 1906, il existe en Russie 133 institutions psychiatriques gérant 30 671 lits ; en 1909, 147 institutions et 36 827 lits ; en 1912, 170 institutions et 41 404 lits ; en 1913, 176 institutions avec 43 324 lits (64).

Malgré cette bonne volonté, comme le font remarquer Koupernik et Gourevitch, « ne manque pas de se produire le conflit habituel entre, d'une part, les médecins psychiatres qui veulent soigner, et d'autre part, les autorités administratives qui cherchent à se débarrasser des malades chroniques, alcooliques, déments, psychotiques » (31). Déjà, sous l'empire, les psychiatres russes doivent composer avec des décisions non médicales provenant de bureaucrates (65).

Les psychiatres russes sont parfois novateurs : en 1875, le Dr Alexander Samoïlovich Rosenblum (1826-1903), directeur de 1859 à 1886 du département de psychiatrie de la ville d'Odessa, inocule à un groupe de patients malades mentaux la malaria (66). Rosenblum note une amélioration clinique chez certains de ces patients.



Figure 7 : Alexander Samoïlovich Rosenblum (1826-1903)

Rosenblum publie un article intitulé *Des rapports entre les maladies fébriles et les psychoses* (67) dans lequel il relate, poursuivant l'intuition de V. F. Sabler de 1846, l'efficacité des fièvres récurrentes (paludisme, typhoïde) dans l'amélioration symptomatologique de la psychose : il indique avoir observé²⁰ 22 patients psychiatriques, dont onze ont été complètement guéris par la fièvre récurrente et trois partiellement guéris ; huit cas ont été inchangés (68). Il souligne, concluant l'article :

l'influence curative des maladies fébriles sur les psychoses est un fait prouvé (18).

Rosenblum n'a pas poursuivi ses expérimentations (69), toutefois, ses travaux ont directement inspiré Julius Wagner von Jauregg (70) (71) qui obtiendra le prix Nobel en 1927 pour sa découverte de l'intérêt de la malariathérapie dans la folie de la paralysie générale (68).

²⁰ Dans l'article il ne spécifie pas directement qu'il a inoculé les maladies (Magda Whitrow, *Wagner-Jauregg and Fever Therapy*, Medical History, Vol. 34, 1990, p. 298).

C. Le savoir en formation

1. La naissance de l'enseignement supérieur en Russie

a) Les intellectuels étrangers

Dès le XVI^e siècle, les tsars essayent d'attirer à eux des sommités scientifiques occidentales ; à l'instar du grand mathématicien anglais John Dee (1527-1608), qui refuse un traitement de 2 000 livres annuel, peu de savants se laissent tenter par l'aventure. Conscient du retard pris par la Russie sur le plan intellectuel, le tsar Boris (règne de 1598 à 1605) conçoit le projet de fonder la première Université russe, grâce à la participation de savants de différentes nationalités, mais son projet est contrarié par l'opposition du clergé (72).

Malgré les réserves initiales, quelques savants occidentaux se rendent à la cour russe ; aux côtés de quelques géographes et botanistes, ce sont principalement des médecins qui s'installent dans l'empire. Ivan IV aura à son service le médecin italien Lindsay, tandis que la reine Élisabeth envoie son médecin personnel, Jacobi, au tsar Fédor ; le tsar Alexis jouit des services apportés par le docteur anglais Collins, médecin et anatomiste (72).

Moscou prend peu à peu l'habitude de la présence médicale et, au XVII^e siècle, la cour est, pour l'époque, relativement bien dotée en personnel : en 1643 on compte trois médecins savants à la cour, tandis que durant le règne du tsar Michel, on dénombre 7 docteurs en médecine, 13 praticiens non-docteurs (*lekars*), 4 apothicaires, 3 alchimistes et 1 oculiste ; sous le règne d'Alexis, 13 docteurs, 27 *lekars*, 5 apothicaires et 4 alchimistes. Une part importante des médecins savants sont d'origine anglaise ou allemande – les médecins français apparaîtront durant le règne de Pierre le Grand (72).

Le temps aidant, les fonctions de la classe médicale évoluent : au XVII^e, les médecins pratiquent leur art dans les prisons et les armées, réalisent l'examen des conscrits, donnent leurs avis sur les situations sanitaires. Les médecins étrangers délivrent des enseignements à des élèves russes, qui ne peuvent toutefois dépasser le grade de *lekar* (72).

La première pharmacie du pays est fondée par le pharmacien anglais Frencham ; bâtie avec luxe pour l'usage personnel du tsar, cet établissement pionnier se voit complété par deux autres pharmacies à Moscou, celles-ci à l'usage des autres malades ; lente évolution de la société, les classes populaires préfèrent encore acheter des herbes médicinales traditionnelles (72).

b) *L'Académie des Sciences de Saint-Pétersbourg et le monde universitaire*

Le tsar Pierre le Grand, tsar fantasque et réformateur s'il en est (73), souhaite moderniser l'empire ; conscient du retard que prend la Russie au regard des Occidentaux, il décide de doter le pays d'un système éducatif calqué sur les modèles européens (74). S'il commence par vouloir utiliser les structures éducatives de l'Église orthodoxe comme base des formations nouvelles, il est rapidement convaincu de l'importance de la séparation de la Science et de l'Église (75).

La Russie ne disposant pas alors d'élite intellectuelle constituée, le tsar invite nombre de savants étrangers afin qu'ils puissent former une première génération de savant russe, étape indispensable dans la modernisation du pays. S'étant intéressé au fonctionnement de la *Royal Society* de Londres, qu'il visite en 1698, à l'*Académie de Berlin*, pour laquelle il discute les plans avec son fondateur, le philosophe Leibniz, en 1711-1712, et de l'*Académie française*, qui donne une fête à l'honneur du tsar en 1717, Pierre le Grand décide de fonder l'*Académie des Sciences* à Saint-Pétersbourg (74) et de lui accorder une triple fonction : académique, universitaire et d'enseignement secondaire.

En 1726, peu après la mort de Pierre, l'*Académie* débute sa mission (74). Les premiers savants qui s'installent à Saint-Pétersbourg sont d'origines allemandes et suisses ; ces derniers s'occupent également de la gestion académique dans l'ensemble de l'empire russe. L'allemand est d'ailleurs reconnu comme langue scientifique jusqu'aux années 1860-1870 (76).

En 1733 le mathématicien V. E. Adorudov devient le premier russe natif à devenir assistant universitaire et, en 1743, le chimiste Mikhail Vasilievich Lomonosov (1711-1765) (77), adversaire de tout idéalisme en science (78), est le premier professeur de l'histoire russe (74). Si de cette manière la science moderne pénètre en Russie – des mesures astrologiques sont réalisées, un atlas russe est édité (1737), des expéditions scientifiques organisées dans le détroit de Bering et au Kamtchatka (74) -, l'impact de l'*Académie* est initialement modeste²¹. Bien que des travaux intéressants soient menés au sein du monde universitaire – prenons comme exemple le télescope géant construit par Joseph von Fraunhofer, pionnier de l'analyse spectrale, et les avancées qui permettront de découvrir la pile voltaïque par G. F. Parrot -, le pouvoir impérial,

²¹ W.H.G. Armytage explique cette faible influence par la difficulté à produire des textes en latin, la forte part d'occidentaux, l'absence de grand public, l'inertie et le dogmatisme théologique. Cf. W.H.G. Armytage, *The origins of Russian Scientific and technological training*, The Vocational Aspect of Education, 1962, 14:29, p. 80.

conservateur, tente de garder la main sur la science en expansion : les professeurs sont priés de respecter les principes bibliques dans leurs enseignements de physique, de médecine, les professeurs de mathématiques doivent présenter des preuves géométriques de la Sainte Trinité (74).

La vague de libéralisation des années 1860 touche également le monde universitaire. En 1863, les statuts de l'université sont modifiés, accordant au corps enseignant une plus large autonomie (79). Les étudiants, peu impactés par ses mesures libérales et toujours soumis à une discipline de fer, font régulièrement connaître leur mécontentement en organisant des manifestations, généralement non politisées. Les autorités russes réagissent sévèrement à toutes formes d'oppositions, le mouvement étudiant ne fait pas exception. Comme l'écrit l'historien Richard Pipes, « cette sévérité radicalisait les groupes d'étudiants et aidait à transformer les institutions d'enseignement supérieur en foyer d'opposition politique » (79). Dès la fin des années 1860, on retrouve dans les établissements d'enseignement supérieur les principaux foyers d'opposition au tsarisme.

En 1884, une vague de contre-réforme souffle en Russie : le gouvernement révisé le statut des universités afin de limiter l'autonomie qui leur avait été délivrée en 1864. Placées sous la surveillance directe du *Ministère de l'Éducation*, les facultés perdent le pouvoir d'élection du doyen, qui est désormais désigné par le gouvernement. L'autorité disciplinaire universitaire est transférée à un inspecteur d'État, aux pouvoirs de police (79).

Le 8 février 1899 débute une grave crise universitaire, qui marque le début des troubles aboutissant à la révolution de 1905 : « dans les mesures où un événement historique est susceptible d'avoir un commencement, écrit Richard Pipes, celui de la Révolution russe a peut-être bien été la grève générale des universités de février 1899 » (79).

2. Genèse des études médicales en Russie impériale

a) *Des médecins anglais à l'origine de la formation médicale*

Les savants britanniques, déjà très présents dès le XVI^e et XVII^e siècle (80), participent activement aux filières techniques et médicales (81) : les débuts de la médecine moderne russe doivent beaucoup à ces médecins anglais et écossais.

Le médecin anglais Ralph Standish (80) est au service de Ivan le Terrible, de 1557 à 1559 ; d'autres sommités médicales anglo-saxonnes suivent, établissant une quasi-tradition de présence médicale anglaise : se relaient Richard Elmes, Richard Reynolds, Eliseus Bomel, Robert Jacob, Baldwin Hamey, Mark Ridley, Timothy Willis, Arthur Dee, Samuel Collins (80). Si ces derniers sont reconnus pour leurs compétences professionnelles, l'autorité de certains d'entre eux dépasse la sphère purement médicale : ainsi le Dr Robert Erskine (1677-1718) (82), médecin en chef du tsar Pierre le Grand, arrivé en Russie en 1704, est nommé à la tête de la chancellerie médicale impériale ; son influence est telle que le tsar l'élève en 1716 à la dignité de conseiller privé.

C'est un écossais, Sir James Wylie (1768-1854) (83), qui fonde la première école moderne de médecine russe en 1799, l'*Académie de médecine militaire* à Saint-Pétersbourg. À côté de son activité d'enseignement, Wylie est chirurgien de l'armée du tsar²² et travaille sur la question de la pharmacopée (83). L'*Académie de médecine* qu'il a fondée est rattachée à l'Université de Saint-Pétersbourg après son départ (1835).

b) *Premiers savants et médecins nationaux : Pirogov, Botkin, Sechenov, Malinovski*

Dès lors, le savoir médical se structure autour de grandes figures nationales. Nikolai Ivanovitch Pirogov (1810-1881) (84) (85) (86), grande figure médico-chirurgicale de son temps, fait avancer la science médicale russe dans de nombreux domaines.

²² La jambe du général Moreau (1763-1813), passé du côté des alliés, sera amputée par Wylie après la bataille de Dresde du 26-27 août 1813. Cf. Robert Hutchison, *A Medical Adventurer. Biological Note on Sir James Wylie, Bart, M.D., 1758 to 1854*, Proceedings of the Royal Society of Medicine, March 7 1928, p. 77.

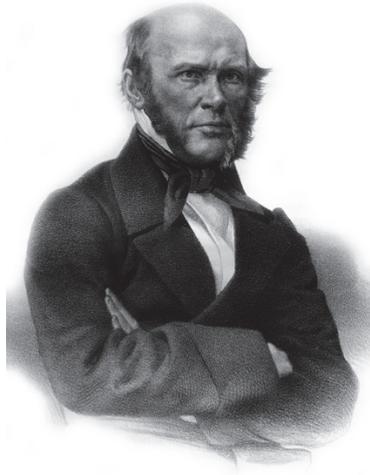


Figure 8 : Nikolai Ivanovitch Pirogov (1810-1881)

Excellent anatomiste, il congèle des cadavres à -15°C et les sectionne à l'aide d'une scie à bois afin d'enseigner la matière ; son monumental manuel d'anatomie topographique (1837) est une référence de l'époque (84). Pirogov est également un précurseur de la physiologie russe, s'adonnant à des expériences autour de la ligature de l'aorte (1836), sur les effets de l'anesthésie à l'éther (87) et les blessures induites par armes à feu (84). Véritable pionnier de la chirurgie de guerre (88), il est le « chaînon intermédiaire entre la chirurgie septique des guerres napoléoniennes et la chirurgie antisepto-aseptique, inaugurée pendant la guerre russo-turque (1877-1878) » (84).

Son successeur, Sergueï Petrovitch Botkin (1832-1889) (89), mathématicien de formation, tente d'établir des critères quantitatifs pour l'étude du corps humain.



Figure 9 : Sergueï Petrovitch Botkin (1832-1889)

Effectuant ses études médicales à Moscou, il devient l'assistant de Pirogov quatre ans durant, avant de partir en Europe occidentale pour parfaire sa formation. À Paris, il travaille dans le laboratoire de Claude Bernard (1860) ce qui révolutionne sa vision de la recherche (90).

Devant professeur de thérapie et de médecine interne à l'*Académie de chirurgie de Moscou* en 1861, Boktin peut être considéré comme le père fondateur de la recherche clinique en Russie ; connu pour ses travaux sur les ictères cholestériques, il donne son nom à l'hépatite A (*maladie de Boktin*). S. P. Botkin initie également la question du diagnostic *post-mortem* en Russie.

En 1870 Botkin devient académicien et est nommé médecin général de la famille impériale (89) : c'est ainsi lui qui délivre les derniers soins à l'empereur Alexandre II, mortellement blessé par une machine infernale (1881) (73). Son élève le plus célèbre est Ivan P. Pavlov.

Ami et confrère de Botkin, Ivan Mikhaïlovitch Sechenov (1829-1905) (91), ancien ingénieur militaire, initie les études physiologiques russes (92). Docteur de physiologie en 1851, il complète sa formation de 1856 à 1863 par un périple européen auprès des grands physiologistes de son temps : J. Müller, Magnus, Carl Ludwig, Bunsen, Mendeleïev, Claude Bernard et d'autres (78).

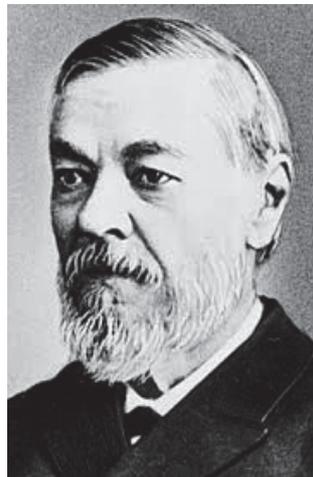


Figure 10 : Ivan Mikhaïlovitch Sechenov (1829-1905)

Constant avec regret l'empirisme de la recherche médicale de son pays, influencé par l'école médicale allemande, il engage de grands travaux scientifiques (93). Précurseur de l'étude moderne des réflexes, il découvre le concept d'inhibition centrale : la première version du titre de son livre, *Tentative de baser les processus psychiques sur des assises physiologiques*, est rejetée par la censure (94) ; l'ouvrage sort quelque temps plus tard sous un nouveau titre, moins polémique, *Les Réflexes du cerveau* (1863) : le contenu du livre fera toutefois scandale,

Sechenov écrivant que la vie psychique se résume à la production de l'activité réflexe cérébrale (95) :

Tous les actes psychiques qui se produisent le long des parcours réflexes doivent être entièrement étudiés du point de vue de la physiologie, car leur origine, le stimulus sensoriel, et leur aboutissement, l'action motrice, sont des phénomènes physiologiques. De plus, même leur phase médiane (ou phase psychique) est-elle aussi à proprement parler – souvent, sinon toujours – un événement non pas indépendant, comme on le croyait autrefois, mais qui fait partie intégrante de tout le processus (23).

Ainsi, selon Sechenov, l'étude de la physiologie cérébrale est la seule à même d'offrir une garantie scientifique aux questions psychologiques. C'est ainsi qu'il écrit (1873) que :

La psychologie va devenir une science exacte. Seule la physiologie peut la rendre exacte, puisque c'est la physiologie seule qui tient la clé de l'analyse scientifique des phénomènes psychiques (96).

Enseignant à l'*Académie de Médecine* de Saint-Pétersbourg, il est muté à Odessa, puis de nouveau à Saint-Pétersbourg avant d'occuper la chaire de physiologie de Moscou jusqu'à sa retraite en 1901 : ses mutations et ses démissions temporaires de l'enseignement supérieur sont toutes secondaires à des protestations envers les actions répressives qu'on essaya de faire peser sur lui (78).

Sechenov soutient que ses travaux naturalisent et sécularisent les concepts de moralité et de comportement social :

Ce sera ma tâche de décrire l'activité extérieure d'un homme avec une forte volonté d'idéal, qui agit selon des principes moraux élevés, conscient de toutes les mesures qu'il prend (97).

Cette prise de position est à l'origine d'une controverse avec l'historien libéral Konstantine Kaveline (98), qui souligne que la question de la dualité cartésienne n'est absolument pas résolue par les travaux de Sechenov ; soutenant l'idée que l'âme est d'une autre nature que les fonctions corporelles, il lance un appel pour intéresser à l'individualité de la personne humaine plutôt qu'aux froids mécanismes physiologiques.

Sechenov est « un précurseur de la psychologie physiologique » (95). Son influence irradie sur l'ensemble de la recherche russe : l'un de ses principaux est élève Ilya Ilitch Metchnikoff (1845-1916), découvreur de la phagocytose, obtiendra le prix Nobel de Médecine en 1908 (99). Sechenov peut également être considéré comme étant le précurseur de la future psychologie marxiste (78) ; comme l'écrit Angiola Massucco Costa, « il a mis au premier rang la réalité, ou l'être matériel, perceptible, et en rapport avec le reflet de la conscience qui évolue, des sensations élémentaires et obscures, vers la pensée articulée et consciente. Il attachait une grande importance au développement de la pensée, depuis l'expérience initiale de l'activité réflexe, jusqu'aux formes logiques les plus élevées, enregistrées dans l'action et qui, en un certain sens, sont actions elles-mêmes » (78). Les travaux de Sechenov obtiennent une tribune non négligeable au sein des milieux révolutionnaires russes de la fin du siècle (100).

Sur le plan de l'aliénisme russe, P. Malinovski est un précurseur ; auteur en 1847 du premier manuel clinique russe de psychiatrie, *La vésanie telle qu'elle apparaît au médecin dans sa pratique*, il divise les troubles mentaux, comme il est d'usage à l'époque, en monomanie, manie, démence et idiotisme (101). Praticien engagé, Malinovski insiste sur le rôle que jouent les facteurs sociaux dans la genèse des troubles mentaux, persuadé de l'importance du système nerveux dans l'activité générale de l'organisme et dans ses relations avec son milieu (18) :

L'amour-propre des pauvres est humilié, les talents sont dédaignés, la pudeur est offensée, la pureté des sentiments est ridiculisée, on ne croit pas à l'honnêteté, les droits ne sont pas respectés [...]. Du côté physique, la carence alimentaire, l'insuffisance de vêtements et de chaussures, les maladies négligées au dernier point contribuent au développement des maladies mentales (18).

Le système nerveux est ce qu'il y a de plus important, de plus délicat et de plus actif dans l'organisme humain. Outre le fait qu'il commande les mouvements du corps entier, la digestion, la respiration, la circulation, les fonctions des viscères, il doit encore percevoir tout ce qui se passe à l'intérieur et au-dehors : il doit recevoir toutes les impressions qui sont d'un si grand nombre ! Par son système nerveux, l'homme communique avec le monde extérieur ; de plus, il transmet sa pensée et tout ce qui provient de son "moi" ; quelle doit donc être l'ampleur de ses liaisons et de son activité ! (18)

Les études médicales, complétant le système des *Zemstvos*, révolutionnent la médecine russe. En 1800, pour une population de 37 millions d'âmes, la Russie ne compte que 274 médecins (dont 38 Russes) ; un siècle plus tard, la Russie est composée de 129 millions d'individus et compte 18 000 médecins (74). Petit à petit un nombre croissant de médecins se spécialisent sur la question de la folie, question progressivement laïcisée.

c) *Les influences étrangères*

Comme on l'a vu plus haut, la science médicale russe doit énormément à l'influence étrangère ; la médecine russe va également puiser son inspiration et poursuivre sa maturation au travers des voyages de ses médecins les plus brillants et prometteurs. Il est alors d'usage que les médecins russes voulant obtenir le grade de *docteur* complètent leur formation à l'étranger (90). La médecine russe se nourrira de ces deux formes d'influences étrangères (87).

Bien qu'existe à Moscou depuis 1768 un enseignement des maladies nerveuses, la formation médicale russe nécessite un complément que les jeunes praticiens viennent chercher en Europe occidentale (90). Sur le plan théorique, la jeune psychiatrie russe se voit influencer par les grandes écoles psychiatriques du temps : allemande, britannique et française.

De l'école britannique, certains psychiatres russes sont intéressés par le *no restraint-system*²³ : « le grand homme, aux yeux des psychiatres russes, c'est l'écossais Conolly, père du "*no restraint*" » (31). L'ouvrage de John Conolly (1794-1866), *Traitement des aliénés sans moyens coercitifs mécaniques*, à l'origine d'un mouvement humaniste envers les aliénés, connaît un grand succès en Russie (33) tandis que les travaux d'Henry Maudsley (1835-1918) sont traduits en russe au courant des années 1870, intéressant les psychiatres russes – puis soviétiques - par leurs approches physiologiques et scientifiques de la pathologie mentale (18).

Des psychiatres allemands, il semble que la figure de Wilhelm Griesinger (1817-1868)²⁴ soit la

²³ John Conolly (1794-1866), professeur en médecine, aliéniste écossais, développa à partir des années 1839 la méthode du *no restraint*, qui consistait à supprimer toutes restrictions mécaniques servant à entraver le patient lors d'épisodes d'agitation. Cette méthode, en réalité créée par William Turke fondateur d'une institution "anti-asile" au XVIII^{ème} siècle, professait que l'amélioration des conditions de soins suffisait le plus souvent à empêcher les agitations, permettant même parfois la guérison. Sur ce sujet, il s'agit de se référer à l'article de Jacques Postel, *Conolly John (1794-1866)*, Encyclopaedia Universalis [en ligne] et à la thèse de Marie-Claude Hermet, *Le No-restraint, le Système des cottages et l'Open-door, ou la psychiatrie anglaise au XIX^e siècle*, Med-Paris 6, Broussais-Hôtel Dieu, 1978

²⁴ Psychiatre allemand majeur du XIX^{ème} siècle, son influence fit fortement pencher l'école allemande au profit des *somatikers* (somatistes) aux dépens des *psychikers*. Organicisme convaincu - « *Geisteskrankheiten sind Nervenkrankheiten* » professe-t-il -, Griesinger se fit le promoteur du concept de "*Einheitspsychose*", la psychose

plus influente (102) ; cette inclinaison peut s'expliquer par la forte présence de professeurs allemands dans les universités russes, présence encouragée par l'autorité impériale (20).

Quant aux psychiatres français, les Russes retiennent leur richesse théorique, tout en leur reprochant leur non-application pratique. Les travaux de Bénédicte-Augustin Morel connaissent une grande diffusion en Russie (103) ; le postulat de l'influence nocive du milieu sur les individus et leurs descendants par l'intermédiaire de l'hérédité marque profondément la pensée psychiatrique russe jusqu'au début des années 1930.

Le français Jean-Martin Charcot (1825-1893) possède également une influence majeure²⁵ dans la formation du savoir médical neuropsychiatrique russe (90) ; délivrant ses cours parisiens devant un public composé en partie d'étrangers, une part non négligeable d'entre eux sont de nationalité russe (90). L'influence et la renommée de Charcot en Russie sont colossales²⁶ et irradient sur les différentes écoles de psychiatrie du pays. Les *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1875) de Charcot sont traduites en russe en 1876 (90), bien avant les traductions allemandes ou anglo-saxonnes.

Le professeur parisien se rend à Saint-Pétersbourg et Moscou en 1881, consulte auprès de nombreux malades à la demande des médecins russes et donne une conférence à Moscou à l'invitation du professeur Botkin. Le correspondant du journal *Le Temps* rapporte dans son article que :

l'illustre praticien a été couvert de fleurs de rhétorique et assourdi par les applaudissements [...]. Il est peu de médecins étrangers aussi populaires en Russie que M. Charcot (104).

En 1891, Charcot retourne en Russie une seconde fois, se rendant au chevet du grand-duc Constantin. Il visite à cette occasion la nouvelle clinique des maladies nerveuses dirigées par un de ses anciens disciples à Paris, le professeur Aleksej Yakovlevich Kozhevnikov (90). Ce dernier insiste pour que les neurologues et aliénistes russes se rendent à Paris pour compléter leur formation (90) ; ainsi la quasi-totalité des fondateurs de la neurologie et de la psychiatrie russe suivent son enseignement au cours de leur formation.

unique. Sur Griesinger on pourra se référer à l'article de Marc Géraud, *Wilhelm Griesinger (1817-1868), somatiker et figure majeur de la psychiatrie allemande*, Annales Médico-Psychologiques, Février 2015, Vol. 173 (1) : 113-116.

²⁵ De 1873 à 1893, Jean-Martin Charcot dirige 223 thèses, dont 40 soutenues par des étrangers ; parmi eux, 42 % provenaient de Russie ou des pays de l'Est (Cf. Alla A. Vein, *Jean-Martin Charcot at the Birth of Russian Neurology*, European Neurology, 2011, 65, p. 75).

²⁶ On notera pour l'anecdote que Tolstoï méprisait Charcot, jugé comme arrogant « prêtre de la science » selon la formule que l'on peut lire dans la *Sonate à Kreutzer*.

3. L'école psychiatrique de Saint-Pétersbourg

a) *Ivan Mikhailovich Balinsky (1827-1902)*

Comme on le voit, malgré l'ancienne tendance à l'irrédentisme slave, la psychiatrie russe se structure à partir des organisations psychiatriques naissantes d'Occident ; chaires professorales et congrès russes seront ainsi organisés, calqués sur le modèle occidental.



Figure 11 : Ivan Mikhaïlovitch Balinsky (1827-1902)

Ivan Mikhaïlovitch Balinsky (1827-1902), considéré comme le père de la psychiatrie scientifique russe (105), est le premier titulaire d'une chaire universitaire de psychiatrie à l'*Académie de médecine militaire* de Saint-Pétersbourg en 1857.

Effectuant ses études médicales à Saint-Pétersbourg, il est diplômé en 1846 ; en 1856 Balinsky est d'abord nommé professeur adjoint, chargé des cours des maladies infantiles, mais peu intéressées par la question, il rechigne à la tâche. En 1857, il devient le premier, en Russie, à occuper une chaire de psychiatrie (33) ; s'intéressant à la psychologie il décrit ce qu'il nomme « la cristallisation des délires » (101).

Une fois nommé professeur, lui est confié la réorganisation du service des aliénés du deuxième hôpital d'infanterie, réputé pour la maltraitance que connaissaient les patients hospitalisés, « la succursale de l'enfer de Dante » (33) ; Kannbikh rapporte que le personnel affame les malades, les nourrit avec de la vomissure, les frappe. Il est fait largement usage de la camisole de force (33).

Balinsky prend le problème à bras le corps, répartit les patients dans des locaux différents en fonction de leurs pathologies, équipe le service d'une salle de gymnastique, et fait régner une ambiance d'ordre et de propreté dans le service (18) ; l'usage de la camisole est cependant toujours de mise (33). En 1862, Balinsky fonde la *Société pétersbourgeoise de médecine mentale*, première association russe de psychiatrie, et entreprend d'étendre le nombre d'asiles d'aliénés dans les villes russes (102).

Après avoir été envoyé à l'étranger par les autorités pour étudier les hôpitaux psychiatriques modernes occidentaux, il rentre en Russie en 1867 et participe à la création d'un nouvel hôpital psychiatrique universitaire au sein de l'Académie de médecine, qu'il équipe d'une serre, d'une salle de théâtre et d'ergothérapie (101). En novembre 1867, la psychiatrie, possédant désormais une chaire, devient obligatoire dans le cursus de formation médicale (33).

Infatigable, Ivan Balinsky s'implique également dans des préoccupations organisationnelles, participant aux projets de construction d'hôpitaux psychiatriques à Kazan, Tver, Volodymyr, Novgorod, Odessa et Kiev, judiciaires en exerçant à plusieurs reprises des fonctions d'experts auprès du tribunal (33). Brillant conférencier, son aura est importante (18), mais, trop occupé par les questions organisationnelles, il n'a écrit, à son grand regret, aucune contribution théorique importante à la psychiatrie naissante ; malgré tout, reconnue comme étant excellent clinicien, son influence est majeure pour la jeune psychiatrie russe (32).

b) Ivan Pavolovich Merjeyevski (1838-1908)

Élève de Balinsky, Ivan Pavolovich Merjeyevski (1838-1908), lui succède à la chaire professorale de psychiatrie en 1877.

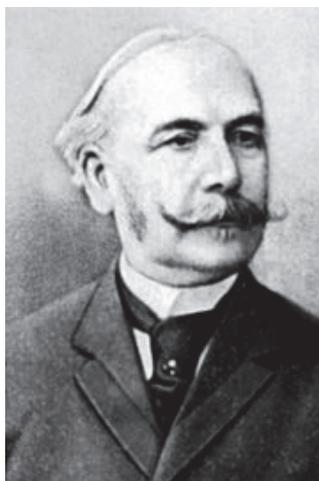


Figure 12 : Ivan Pavolovich Merjeyevski (1838-1908)

Étudiant à Saint-Pétersbourg, il est diplômé en 1861 puis travaille sous la direction de Balinsky ; scientifique dans l'âme, Merjeyevski aborde les maladies mentales comme biologiste (33). Sa thèse, *Recherches somatiques sur la violence*, est déjà largement d'inspiration matérialiste.

Observant que le poids corporel des malades mentaux diminue, que leur température et leur métabolisme augmentent, il fait le constat que la quantité d'oxygène suffisante pour un individu sain ne l'est plus pour un malade mental : il engage ainsi un vigoureux combat contre l'utilisation des chambres d'isolement et pour le traitement en plein air. Comme l'écrit Kannabikh, « sur la base de données purement somatiques, Merjeyevski nous fait parvenir une vision très progressive de l'inadmissibilité totale des unités d'isolement » (33).

Entre 1872 et 1875, il effectue deux voyages d'études à Berlin, auprès de Westphal, puis à Paris où il devient l'élève de Jean-Martin Charcot et de Valentin Magnan (90), avec qui il tisse des liens d'amitié (33).

En 1872, Merjeyevski présente un rapport à la *Société Anthropologique* de Berlin, sur la microcéphalie (33). Sous l'influence de *The Descent of Man* (1871) de Charles Darwin, nombre de scientifiques soutiennent que les structures cérébrales et craniologiques des patients microcéphales sont des régressions au type évolutif inférieur. Merjeyevski rejette cette conception atavique en affirmant que la structure cérébrale des microcéphales est semblable aux formes embryologiques humaines. Cette même année, conjointement avec V. Magnan, Merjeyevski communique à la *Société Anthropologique de Paris* sur la modification des ventricules cérébraux dans la paralysie progressive (90).

Passionné par la technique microscopique (33), Merjeyevski est un partisan de la pertinence de l'approche anatomoclinique en neurologie et en psychiatrie (18), et, comme le témoignera Vladimir Bekhterev :

On peut dire que Merjeyevski est le fondateur de l'école anatomopathologique en psychiatrie russe, laquelle a exercé une si grande influence sur le rapprochement de la psychiatrie, si isolée jusqu'à là des autres sciences médicales, le rang important qu'elle occupe aujourd'hui (106).

Selon L. Rokhline, Merjeyevski « estimait que des modifications de l'activité cérébrale, provoquées soit directement par des lésions, soit indirectement par une réaction morbide à des

troubles de l'activité générale de l'organisme, étaient à la base des maladies mentales. [Il tenait] compte de la variété que pouvaient présenter de pareilles modifications. Dans certains cas, les maladies mentales sont dues à des lésions matérielles du cerveau dont l'intégralité et la structure sont entamées et dont certaines parties sont détruites. Dans d'autres cas, ces maladies ne s'accompagnent pas de lésions évidentes de la matière cérébrales ni d'altérations grossières de son intégralité et sa structure. Elles sont causées par des troubles de l'économie, par l'auto-intoxication de l'organisme, ce qui a sa répercussion sur la nutrition du cerveau et provoque des désordres dans son activité » (18).

Une fois rentré en Russie, il devient titulaire de la chaire de psychiatrie, en remplacement de Balinsky ; sa clinique de Saint-Petersbourg devient un centre majeur de la formation postdoctorante russe : il forme plus d'une cinquantaine de psychiatres, dont onze d'entre eux occuperont des chaires de psychiatrie et de neurologie (32).

À l'inverse de son prédécesseur Balinsky, le Pr Merjeyevski, bien qu'également accaparé par les problématiques logistiques et professorales, entreprend un travail de recherche scientifique – principalement autour de la question de la microcéphalie (32) -, rentre en contact avec les psychiatres européens et participe activement aux congrès internationaux (*Congrès international de Norwich*, 1874) (32) ; c'est sous son influence que paraissent les premiers articles psychiatriques scientifiques russes (32) : sous sa direction ce sont 26 thèses et 150 travaux scientifiques qui sont rédigés (33).

Venu à Paris en 1908 pour assister au jubilé de son ami M. Magnan, il décède en France avant d'être enterré à Saint-Petersbourg : V. Bekhterev, son élève, également grande figure de la psychiatrie russe, prononce son oraison funèbre (106).

c) *Vladimir Mikhaïlovitch Bekhterev (1857-1927)*

Vladimir Mikhaïlovitch Bekhterev (1857-1927), neurobiologiste et aliéniste, marque la fin de la période impériale de son empreinte (107) : durant sa carrière Bekhterev est l'un des scientifiques les plus actifs de son temps, publiant plus de 1700 articles scientifiques, participant à la fondation de 12 revues, 50 institutions, décrivant 19 nouvelles formes de pathologies ainsi que 15 nouveaux réflexes (108).



Figure 13 : Vladimir Mikhaïlovitch Bekhterev (1857-1927)

Étudiant à l'*Académie de chirurgie* de Saint-Pétersbourg, il s'intéresse rapidement à la neurologie, spécialité qui, entre toutes les sciences médicales était celle, écrit-il, « qui se rattachait le plus à l'activité sociale et aux problèmes posés par l'étude de la personnalité, ainsi qu'aux questions les plus sérieuses de la philosophie et de la sociologie » (18).

Élève le plus doué de Merjeyevski, il soutient sa thèse en 1881, *L'expérience de l'étude clinique de la température corporelle dans certaines formes de maladie mentale*, et devient docteur en neurologie et en psychiatrie : son travail est la première étude scientifique russe qui concerne le domaine de la psychosomatique (107).

Chercheur précoce, il démontre, vingt ans avant Sherrington, la localisation du cortex moteur au sein de la partie antérieure du sillon central (1883) (109). En 1884, Bekhterev obtient une bourse d'études et de recherche à l'étranger (110) ; il réalise alors un tour d'Europe pour étudier auprès des médecins les plus réputés de son époque : c'est ainsi qu'il collabore à Leipzig avec le physiologiste Wilhelm Wundt, fondateur de la psychologie expérimentale, avec le neurologue Paul Flechsig, l'un des premiers descripteurs des aires associatives, le neuroanatomiste Meynert à Vienne, Carl Westphal à Berlin et Jean-Martin Charcot à Paris (107). Dans la capitale française, il travaille également avec Pierre Janet. Ces rencontres parisiennes marqueront en profondeur le jeune médecin russe (90) ; contrairement aux élèves moscovites de Charcot – Kozhevnikov et Korsakoff qui s'intéressent principalement à l'apport neurologique de Charcot –, Bekhterev se penche également sur la question de l'hypnose (90) traitée par le maître parisien.

De retour en Russie en 1885, il est nommé professeur des maladies psychiques à l'Université de Kazan en remplacement de A. U. Freze. Réorganisant le département de psychiatrie, il fonde le premier laboratoire psychophysiologique de Russie dans lequel il poursuit ses études autour de la morphologie cérébrale, du comportement psychologique chez les patients atteints de troubles psychiatriques et/ou neurologiques. Il découvre et décrit le noyau vestibulaire supérieur (dit *noyau de Bekhterev*) et la voie spino-cérébelleuse ventrale (appelée parfois *colonne de Bekhterev*) (107). Remarquant que les pathologies psychiatriques sont souvent contemporaines d'atteintes neurologiques, il décide de ne pas séparer les deux spécialités, prônant l'importance des études neuropsychiatriques (110). Ces idées théoriques, Bekhterev essaie de les appliquer au sein de son enseignement, dans lequel il mêle neurologie et psychiatrie (110).

Quittant son poste à Kazan en 1893, il succède à Merjeyevski à la chaire de l'*Académie médico-militaire* de Saint-Pétersbourg ; une fois nommé, il réorganise la structure à l'aune des principes pluridisciplinaires qui sont les siens. Durant cette période, son ouvrage sur la physiologie des structures morphologiques (1893) connaît une reconnaissance internationale ; Friedrich Wilhelm Kopsch (1868-1955), professeur allemand d'anatomie assure à l'époque qu'« il n'y a que deux personnes qui connaissent parfaitement l'anatomie du cerveau – Dieu et Bekhterev » (107). Bekhterev fonde en 1893 la première revue russe spécialisée dans les maladies nerveuses, le *Nevrologichesky Vestnik (Neurological Herald)*. Sa renommée d'anatomiste atteint son apogée avec la parution de ses études anatomiques, *Voies de conduction du cerveau et de la moelle* (1896-1898) (109), ouvrage qui devient une référence mondiale.

Toujours intéressé par l'hypnose, il participe au premier *Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique* qui se tient dans l'Hôtel-Dieu de Paris du 8 au 12 août 1889. L'assemblée est illustre : Charcot, Brown-Sequart, Brouardel, C. Richet, Azam, Lombroso, Mesnet sont mis à l'honneur, tandis que Bekhterev côtoie Liébeault, Bernheim, Dejerine, Janet, Babinski, Forel, Magnan, Freud, Schrenck-Notzing et Williams James (111). Bekhterev étudie également la suggestibilité : Bekhterev présente en 1897 une série de conférences sur la suggestion, qui seront publiées sous le titre de *La Suggestion et son rôle dans la vie sociale* (112) ; soutenant que la suggestion n'est pas seulement associée à l'hypnose il démontre qu'elle est également propre aux états de veille et s'attarde sur son rôle central dans l'apparition de certains événements historiques. En parlant "d'épidémie de masse" pour évoquer des krachs boursiers ou des révolutions, il souhaite mettre en évidence les relations entre individus et groupes ainsi que le pouvoir de la suggestion des masses. En 1912 le savant publie son

Psychologie de la suggestibilité, dans lequel il défend l'idée de l'utilisation de la suggestion dans l'éducation, particulièrement dans les cas difficiles ; s'impose alors une « méthode thérapeutique de rééducation » :

Une éducation simple est presque toujours impuissante et seule la thérapie s'avère être la méthode qui corrige des cas d'éducation parfois très lourds (113).

Sur le plan clinique et nosologique, Bekhterev est également novateur²⁷ : en 1900, le premier, il décrit la symptomatologie de la spondylarthrite ankylosante, pathologie qui porte toujours le nom, bien que peu usité en France, de *maladie de Bekhterev*. Cette même année, il formule, dans un article paraissant dans le *Nevrologichesky Vestnik*, l'hypothèse du rôle essentiel dans la mémoire des hippocampes du lobe frontal. Deux grands manuels viennent couronner ses travaux cliniques, *Les maladies nerveuses en observation séparées* (1894) et *Diagnostics généraux des maladies nerveuses* (1911). Entre 1903 et 1907, Bekhterev fait paraître une volumineuse encyclopédie médicale, *Fondations de la connaissance des fonctions cérébrales*, traduite en allemand et, partiellement, en français (109).

À côté de ces travaux anatomiques et fonctionnels, il est l'initiateur des études de psychologie expérimentale en Russie (114). L'infatigable Bekhterev crée en 1907 l'*Institut psychoneurologique* ; sous l'impulsion du fondateur, on y étudie la chirurgie des maladies mentales ainsi que la réflexologie (115), on réalise des expériences psychophysiologiques et tente d'établir une "psychologie objective" (109) (110). Ce dernier terme est une invention de Bekhterev qui affirme que chaque pensée est accompagnée de forces de réflexions et de réactions végétatives pouvant être enregistrées, mesurées et ainsi étudiées scientifiquement (110). Entre 1907 et 1912, Bekhterev fait publier son ouvrage résumant ses travaux sur la question, *La Psychologie objective* (109), rapidement traduit en allemand et en français. Sur le plan neurochirurgical, Bekhterev initie les recherches de psychochirurgie russe (116) (117).

Bien qu'élève de Whillem Wundt (118), pour qui le psychisme est déterminé par une double causalité – de type physiologique pour les processus de base et psychologiques pour les

²⁷ Pour une liste des découvertes médicales de Bekhterev, on peut se référer à l'article de M.A. Akimenko, *Vladimir Mikhailovitch Bekhterev*, Basis and Clinical Perspectives, Journal of The History of Neuroscience, Volume 16, 2007, p. 106. Pour un résumé des symptômes, techniques et maladies éponymes, lire Périclès Maranhao-Filho, Eliana Teixeira Maranhao, Elias Engelhardt, *Life and death of Vladimir Mikhailovitch Bekhterev*, Historical Note, Arq Neuropsiquiatr, 2015, p. 3.

processus complexes - , Bekhterev rejette ce dualisme, fruit de l'idéalisme allemand, pour préférer la conception moniste radicale de Sechenov : Bekhterev souhaite utiliser la science et la méthode expérimentale pour décortiquer l'intégralité du psychisme humain (109) et fonder sa psychologie objective. Toutefois, Bekhterev souligne que l'approche subjective en psychologie, ayant pour méthode l'introspection, possède une validité propre (119). Par ses travaux, il est considéré comme un précurseur et un instaurateur des théories béhavioriste (109) (120) du psychologue américain John Watson (115), mais également comme l'un des principaux protagonistes de la recherche russe en hypnose et en hypnothérapie (121).

Par ses tentatives de combiner la recherche en neurologie, psychiatrie, physiologie, psychologie, neuroanatomie et neurochirurgie, et par sa conception "totalisante" de l'homme qui doit être considéré comme un tout, une entité biosociale, Bekhterev peut être considéré comme étant l'initiateur des études multidisciplinaires dans l'étude de l'exploration cérébrale.

Ami du savant Ivan P. Pavlov, également professeur à Saint-Petersbourg, il mène ses recherches sur des domaines proches de celui du Nobel de physiologie, abordant ses travaux en psychologue et en clinicien, tandis que Pavlov se limite à la physiologie (119). Une brouille éclate entre les deux hommes autour de la question de la relation entre l'organisme et l'environnement : pour Bekhterev ce sont les « réflexes d'associations » qui régissent ce rapport, tandis que Pavlov décrit sa théorie des « réflexes conditionnés » (109). Les deux hommes refusent dès lors de se parler. Malgré ce différend, Pavlov rendra hommage à Bekhterev six ans après sa mort :

Seulement maintenant, je sens combien me manquent les
disputes avec Bekhterev (110).

Si l'apport de Pavlov à la réflexologie est aujourd'hui universellement reconnu, celui de Bekhterev est largement oublié bien que son influence soit majeure²⁸.

À côté de son activité clinique et de recherche, Vladimir Bekhterev n'hésite pas à intervenir sur des questions politiques, se fait le critique de l'action gouvernementale, demande des réformes

²⁸ Jean-Claude Lecas souligne que notre vision du réflexe pavlovien, considéré comme la réaction d'un animal à un stimulus qui annonce un choc électrique, est en réalité une méthode d'apprentissage par conditionnement mis en évidence par Vladimir M. Bekhterev. Cf. Jean-Claude Lecas, Introduction, Vladimir Mikhailovich Bekhterev, *La Psychologie objective*, Introduction de Jean-Claude Lecas, L'Harmattan, Collection Encyclopédie Psychologique, 2007, I.

sociales. En 1905, à Kiev, il est arrêté quelques heures après avoir sévèrement critiqué les politiques du tsar en matière d'éducation et de lutte contre l'alcoolisme (119). Comme d'autres praticiens russes, il établit une stricte continuité entre sa mission professionnelle et son engagement en faveur de réformes adaptées et modernes²⁹. En 1909, il déclare, lors du III^e *Congrès des psychiatres russes* se tenant à Saint-Pétersbourg :

Les conditions créées par une situation économique défavorable pour certaines classes de la population retentissent fortement sur le développement des maladies nerveuses et mentales. [...]. Le régime capitaliste, tel est le plus grand fléau de notre époque (18).

En 1913, Bekhterev effectue une expertise psychologico-psychiatrique qui impactera le reste de sa carrière (107) ; mandaté par la défense, il examine Mendel Beilis, Russe de confession juive accusé d'avoir effectué un meurtre rituel sur un enfant de 13 ans (73) : il est conclu à l'innocence de l'inculpé. Témoignant en faveur de l'inculpé lors du procès, il est vigoureusement contre-interrogé par le procureur et les juges. Comme l'écrit V. Lerner, Bekhterev « a souligné que le scientifique et psychiatre devait être très rigoureux et limiter son interprétation et ses conclusions dans un cadre professionnel. En tant que tel ; il a rejeté toutes les spéculations pathologiques et psychiatriques sur la religion de l'assassin. Il a également affirmé que dans la littérature psychiatrique scientifique, il n'y avait pas de documents sur les meurtres religieux, et qu'à partir du matériel pathologique, il était impossible de tirer des conclusions sur le caractère du tueur ou son identité. Au cours de son long et difficile contre-interrogatoire, il a maintenu son objectivité et souligné à maintes reprises qu'il était impossible de conclure, d'après les preuves disponibles, qu'il s'agissait d'un meurtre rituel religieux » (119). Son expertise est relayée par la presse et semble avoir eu une grande influence en faveur de l'accusé.

Quelques jours après son intervention, il est déchu de son titre d'académicien et de son poste de professeur (107). La direction de l'*Institut psychoneurologique* lui échappe également (109). Ne cédant pas au découragement, il poursuit ses études afin d'explorer la question de la psychologie objective.

²⁹ Dans son autobiographie, Vladimir Bekhterev relate avoir prévenu l'anarchiste Kropotkine de la survenue prochaine d'un assassinat à son égard. Apprenant l'information dans le cadre d'une consultation, il décide de passer outre la confidentialité et le secret médical et transmet un message d'avertissement à Kropotkine, alors réfugié à Paris. L'anarchiste le rencontra plus tard et le remercia de lui avoir sauvé la vie (Vladimir Lerner, Jacob Margolin, Eliezer Witztum, *Vladimir Bekhterev : his life, his work and the mystery of his death*, History of Psychiatry, 16(2), 2005, p. 222).

Acceptant la Révolution de 1917, il collabore avec le nouveau pouvoir. Dès décembre 1917, Bekhterev travaille avec le *Commissariat du Peuple pour l'Éducation* (109) et, en 1918, obtient des nouvelles autorités la création d'un département des études cérébrales, travaillant sur les questions de réflexologie.

Dans son livre *Principes généraux de la réflexologie humaine*, il essaye de démontrer la similitude des principes de la réflexologie avec les théories marxistes (114). Recevant le soutien des *bolcheviks*, il redevient professeur de Psychologie et de réflexologie de l'Université de Petrograd ; il reste en poste jusqu'à sa mort en 1927. De 1920 à sa mort, il est également élu député du Soviet de Petrograd, s'engageant principalement autour des questions d'éducation (107).

En 1927, au sommet de sa gloire, il préside le premier *Congrès des neurologues et de psychiatres de l'Union soviétique* à Moscou ; alors qu'il doit se rendre dans la capitale, il est convoqué au Kremlin à la demande du Pr Kramer. Médecin de Staline, le neurologue constate que l'atrophie de la main gauche dont souffre Staline depuis l'enfance progresse, et souhaite obtenir l'avis de la part du grand Bekhterev.

Accompagné de son assistant Samuel Mnukhin, Bekhterev se rend au Kremlin et examine Staline. Mnukhin, resté dans la salle de réception, témoigne qu'en sortant, Bekhterev ne lui adresse qu'un seul mot : « paranoïaque » (119). Les deux hommes arrivent en retard au Congrès ; lorsqu'on lui demande la raison, Bekhterev répond :

J'ai examiné un paranoïaque avec une main sèche (119).

Même si aucun ordre écrit n'a été retrouvé, la thèse de son assassinat par ordre de Staline est aujourd'hui défendue par nombres d'auteurs (110) (114) (119) (122).

Après la séance du 23 décembre, Bekhterev se rend avec son épouse au théâtre où, durant l'entracte, il est invité par deux jeunes inconnus à boire un verre et manger un gâteau du buffet. Dès son retour chez lui, Bekhterev commence à vomir et, au matin, sa femme fait mander le Pr Burmin qui retrouve une gastro-entérite. Rapidement l'état de Bekhterev s'améliore, mais deux "médecins" non invités se rendent au chevet du malade, dont l'état s'aggrave de nouveau. Burmin examine une nouvelle fois Bekhterev et confirme son premier diagnostic ; à son départ, son état s'aggrave encore, perdant connaissance, présentant des troubles respiratoires et cardiaques. Bekhterev décède peu après. Les deux "médecins" présents, rejoints par un troisième individu, fouillent ensuite méthodiquement les affaires du défunt. Le corps de

Bekhterev est ensuite incinéré, contre la demande de la famille (119) – son cerveau est conservé. Rapidement, ses travaux sont interdits et ne sont plus réédités, sa famille persécutée (dans les années 30, ses enfants sont envoyés à la mort au *Goulag*) et son influence jugée suspecte jusqu'à la mort de Staline en 1953 (110). Ce n'est qu'à partir des années 1950 qu'il rentre de nouveau dans la postérité de la psychiatrie russe (115).

d) Victor Khrisanfovitch Kandinsky (1849-1889)

Victor Khrisanfovitch Kandinsky (1849-1889), cousin du peintre Vassili Kandinsky, est une autre figure de l'école de Saint-Pétersbourg.



Figure 14 : Victor Khrisanfovitch Kandinsky (1849-1889)

En 1876 Kandinsky réalise son service militaire en tant qu'interne dans la Marine puis participe à la guerre russo-turque de 1877-1878. Lors d'un combat naval nocturne, Kandinsky, atteint d'hallucinations, est victime d'une crise suicidaire aiguë et se jette par-dessus bord ; sauvé de la noyade il est radié de l'armée et est hospitalisé dans le service des malades mentaux de la marine militaire, avant d'être transféré à Saint-Pétersbourg, puis à Saint-Anne à Paris et, enfin, au sein d'une clinique privée de Saint-Pétersbourg (123). Période d'intense vécu psychotique pour le jeune médecin, l'hospitalisation dure plus d'un an ; plusieurs récives rapides viennent émailler la vie du psychiatre (124).

Ces événements marquent la particularité de l'approche clinique de Kandinsky ; comme l'écrit le Dr Vladimir S. Efremov, « la maladie, avec ses multiples vécus psychotiques, a par la suite enrichi directement l'intelligence de nombreuses questions de psychopathologie générale. [...] Il fallait que, par la volonté du destin, cette maladie frappât un véritable savant, assez hardi non seulement pour parler de son vécu, mais aussi pour l'analyser selon les conceptions scientifiques de son époque [...] » (123).

Car, Kandinsky, une fois rétabli, participe pleinement à la construction du savoir psychiatrique ; homme à la culture encyclopédique, passionné de philosophie, il multiplie les activités. À côté de son activité de psychiatre à l'hôpital Saint Nicolas le Thaumaturge de Saint-Pétersbourg, il se plonge dans la recherche théorique et est élu délégué lors du premier *Congrès de psychiatrie russe* (1887) ; il y exerce le rôle de secrétaire scientifique en compagnie de Sergueï Korsakoff (123).

Kandinsky joue également un rôle important dans la psychiatrie légale russe en s'intéressant à la question de la responsabilité pénale (37). En 1890 paraît (de manière posthume) son livre sur le sujet *En cas d'Irresponsabilité* (37), livre dont l'influence s'exercera longtemps sur la psychiatrie légale russe. La vision prévalant jusqu'alors était qu'un individu atteint de pathologie mentale n'était pas responsable de ses actes ; Kandinsky rejette cette simplification et souligne que chaque cas se doit d'être examiné individuellement, dépendant du diagnostic, et, la pathologie étant évolutive, de l'état au moment du méfait. Il est le premier médecin qui définit le rôle de l'expert dans le processus judiciaire (110), instaurant ainsi un fait qui nous semble aujourd'hui banal :

le témoin devrait fournir les faits simples ; l'esprit de la profession médicale ne devrait témoigner que sur des faits médicaux ; l'expert dans la zone médico-légale devrait extrapoler à partir du matériel clinique et en déduire des conclusions qui aideront les jurys et le juge à arriver à la décision correcte dans le cas particulier (37).

Le grand apport de Kandinsky à la clinique psychiatrique se trouve dans son livre *Sur les pseudo-hallucinations* (1885) (123) : avant le français Gaëtan de Clérambault (125), Kandinsky décrit des phénomènes d'automatisme mental qu'il nomme *pseudo-hallucinations* :

J'entends par [pseudo-hallucinations] les cas où se présentent à la conscience, sous l'effet de la stimulation subjective de certaines aires sensorielles du cerveau [...], des images, très vives et extrêmement précises d'un point de vue sensoriel (c'est-à-dire des représentations sensorielles très concrètes), qui cependant se différencient très nettement, pour la conscience réceptrice elle-même, des images véritablement hallucinatoires en ce qu'elles n'ont pas le caractère de réalité objective propre à ces dernières, qu'elles sont au contraire immédiatement reconnues comme quelque chose de subjectif, mais aussi comme quelque chose d'anormal, de nouveau, quelque chose de très différent des images habituelles de la mémoire et de l'imagination (123).

Ce qu'il est intéressant de noter c'est qu'il utilise sa propre expérience pathologique pour décrire ces phénomènes :

Ayant eu le malheur de continuer à souffrir de folie hallucinatoire pendant deux ans, et ayant conservé la capacité de provoquer une sorte d'hallucination après ma guérison, je pouvais naturellement voir par moi-même certaines des conditions d'origines sensorielles du délire (124).

Kandinsky évoque ainsi le cas d'un certain Mikhaïl Dolinine, médecin militaire souffrant de "psychose délirante et hallucinatoire primaire" (*paranoia hallucinatoria*) (123). C'est ainsi avec une approche très intime qu'il aborde la question, autorisant une description clinique très fine :

Les images pseudo-hallucinatoires se distinguent des représentations sensorielles ordinaires, c'est-à-dire des images normales issues de la mémoire et de l'imagination, par les traits suivants :

1) Les images pseudo-hallucinatoires sont incomparablement plus nettes et plus vives, en outre, tous les moindres détails d'une image sensorielle complexe [...] se présentent à la conscience simultanément, dans le même genre de rapport mutuel, en extensivité et en intensité, que s'il s'agissait d'une perception sensorielle directe. [...] Le caractère continu du phénomène

(*Stetgkeit*), sa plénitude sensorielle, le rendu en lui de tous les plus petits détails, tout cela pris ensemble constitue le premier signe distinctif des pseudo-hallucinations.

2) [...] Les pseudo-hallucinations les plus vives sont toujours des phénomènes parfaitement spontanés. [...] Les images pseudo-hallucinatoires, apparues spontanément, ne peuvent être ni modifiées ni chassées de la conscience au gré du sujet chez qui elles se manifestent. [...] Le caractère spontané (c'est-à-dire la capacité de s'autogénérer) peut être considéré comme le second signe caractéristique des pseudo-hallucinations.

3) Habituellement, il n'existe pas de lien logique direct entre les différentes images pseudo-hallucinatoires, si bien qu'on ne remarque là aucune association ni externe ni interne. [...]

4) La personne chez qui se manifeste des pseudo-hallucinations n'a pas du tout, simultanément, la sensation d'une activité intérieure propre ; par contre, toute représentation normale, aussi bien abstraite que vivement sensorielle, tout acte de pensée, de remémoration, d'activité imaginaire est, comme on le sait, lié dans la conscience du sujet à la sensation d'une activité intérieure. Ainsi le caractère de la réceptivité [...] est le troisième signe essentiel de la pseudo-hallucination et, comme les deux premiers signes mentionnés, il appartient tout autant aux pseudo-hallucinations des malades qu'aux pseudo-hallucinations des personnes en bonne santé mentales. La sensation d'une activité intérieure propre ne doit pas être confondue avec la sensation totalement différente d'accablement psychique, qui va parfois devenir une douleur intérieure ; cette dernière est occasionnée d'habitude par des représentations obsédantes très tenaces, ainsi que par les pseudo-hallucinations les plus intenses des malades mentaux.

5) Chez les malades mentaux, en particulier chez les mélancoliques et les paranoïaques, les pseudo-hallucinations ont presque toujours un caractère obsédant, et comme leur contenu est souvent extrêmement désagréable pour le patient, elles constituent pour lui une grande torture, justement à cause de leur caractère lancinant (123).

Ce syndrome d'automatisme mental est connu à l'étranger sous le nom de *syndrome de Kandinsky*, ou bien parfois *syndrome de Kandinsky-Clérambault* (126).

La classification des psychoses de Kandinsky sera adoptée par le I^{er} *Congrès de psychiatres russe* de 1887 (127) L'apport de Kandinsky est important dans la description de ce qui deviendra plus tard la schizophrénie (128), mais la tradition nosologique qui prévaut alors continuera de placer la sémiologie sous l'influence de la manie et de la mélancolie. Ce n'est en effet que quelques années plus tard que le terme de *dementia praecox* commence à être usité en Russie (33). Ce livre lui apporte la reconnaissance de la profession, reconnaissance qu'il conserva sous l'ère soviétique (127).

Si Kandinsky ne connaît pas de nouvelle hospitalisation, son état psychique s'aggrave progressivement à partir de 1887. S'éloignant de plus en plus des responsabilités, Kandinsky se suicide en 1889 à l'âge de 50 ans (123).

4. L'école psychiatrique de Moscou

a) *Alekseï Yakovlevich Kozhevnikov (1836-1902)*

Alekseï Yakovlevich Kozhevnikov (1836-1902) (129), bien que son activité soit largement orientée vers l'étude de la neurologie, est le fondateur des études psychiatriques moscovites. Diplômé de l'*Université de médecine* de Moscou en 1858, il devient assistant en médecine interne à l'hôpital universitaire de Moscou (129).



Figure 15 : Alekseï Yakovlevich Kozhevnikov (1836-1902)

En 1866, l'État l'envoie à l'étranger pour compléter sa formation ; élève de Charcot à Paris de 1867 à 1868, il contribue à la description de la sclérose latérale amyotrophique. Visitant la nouvelle clinique psychiatrique de Saint-Anne, il rédige un rapport à l'attention de l'*Université de Moscou* (90).

Alors que les universités de Saint-Petersbourg et de Kazan possèdent depuis longtemps leurs propres cliniques psychiatriques et leur propre enseignement, Moscou est en retard. La psychiatrie y est enseignée depuis 1863, mais de façon purement théorique. De retour en Russie en 1869, Kozhevnikov devient conférencier chargé des maladies nerveuses et mentales à l'hôpital *Novo-Ekaterinskii* et, de 1870 à 1884, dirige une clinique spécialisée dans les maladies nerveuses, dont une faible part de l'activité a trait avec la psychiatrie (33). Écrivant en 1883 le premier manuel de neurologie russe (101), il est considéré comme "le père de la neurologie russe" (129). En 1880, Kozhevnikov devient professeur à l'*Université de Moscou* et occupe la

chaire de pathologie et thérapie spéciales. En 1882, débute la construction de la clinique psychiatrique de Moscou ; conçue pour accueillir cinquante malades, elle ouvre ses portes en 1887 (21).

En 1886, le Pr Kozhevnikov crée la section des études psychiatriques moscovite : inspiré par l'enseignement de Charcot, il souhaite séparer les filières psychiatriques et neurologiques, séparation nécessaire à l'épanouissement de chacune de ces disciplines ; c'est ainsi qu'en 1889, il confie la direction de la division psychiatrique, division théorique et pratique, à son élève préféré, Sergueï S. Korsakoff (101), tandis que hors de Moscou, neurologie et psychiatrie resteront longtemps associées. En 1890, Kozhevnikov fonde la *Société moscovite des neuropathologistes et psychiatres*, société dont il sera le président (130).

Kozhevnikov forme de nombreux élèves qui forment, face à celle de Saint-Pétersbourg, "l'école de Moscou" ; l'influence de ces représentants de l'école moscovite irradie sur la psychiatrie et la neurologie russe : citons parmi eux Sergueï Serguéïevitch Korsakoff (1854-1900), Vladimir Karlovitch Rot (1848-1916) (131), Grigori Ivanovich Rossolimo (1860-1928) (132) (133), Liverij Osipovich Darkshevich (1858-1925), V.A. Muratov et Lazar Salomonovich Minor (1855-1942) (134).

Adeptes de l'approche anatomoclinique, Kozhevnikov oriente les études de l'école de Moscou sur la neuroanatomie, la neuro-morphologie et sur la localisation des maladies nerveuses (90). Si Korsakoff fonde la chaire psychiatrique de Moscou, L. I. Darkshevich (futur ami³⁰ de Sigmund Freud (135), il s'occupe d'anatomie cérébrale ; le noyau commissural du faisceau longitudinal médial porte aujourd'hui le nom de *noyau de Darkshevich*) et L. S. Minor (son nom est associé à l'isolement du tremblement essentiel familial) occupent des chaires de maladies nerveuses, le premier à Kazan, le second à Moscou.

Décédant à l'âge de 66 ans, la postérité de Kozhevnikov sera principalement neurologique : travaillant entre autres sur l'aphasie, la sclérose latérale amyotrophique, la diplégie spastique, c'est sa description de l'épilepsie partielle continue (1894-1895) (136), pathologie devenue éponyme, qui formera le sommet de sa carrière.

³⁰ Darkshevich sera un collaborateur de Sigmund Freud, encore neurologue, en publiant en 1886 un travail sur la moelle, *Sur la relation du corps restiforme avec le cordon postérieur et ses noyaux, en plus de quelques remarques sur deux régions du bulbe*. Il sera également aux côtés de Freud durant sa période parisienne (1885-1886) lors de l'enseignement de Charcot. Devenant intimes, Freud et Darkshevich se rendent ensemble à l'opéra et au théâtre. Une fois de retour en Russie Darkshevich devient professeur et restera toute sa vie intéressée par la question de la psychanalyse. A la fin de sa vie il sera le médecin de Lénine, atteint d'accidents vasculaires cérébraux. (Cf. Jacquy Chemouni, *Lenin, Sexuality and Psychoanalysis*, Psychoanalysis and History, Vol. 2, Issue 2, 2004)

b) Serge Sergueïevitch Korsakoff (1854-1900)



Figure 16 : Sergeï Sergueïevitch Korsakoff (1854-1900)

Sergueï Sergueïevitch Korsakoff (1854-1900) est certainement le psychiatre russe le plus célèbre, et ce de son vivant à nos jours ; sa description des psychopolynévrites alcooliques associées à des amnésies antérogrades (1897) ainsi que sa découverte de son origine exogène (alcoolique) lui ouvre les portes de la postérité. À côté de cette description clinique – le syndrome porte encore aujourd'hui son nom – Korsakoff contribue largement à l'émergence de la psychiatrie russe, qu'il marque de son empreinte par son humanisme.

Korsakoff naît le 22 janvier 1853 à Gusil est diplômé de l'université de médecine de Moscou en 1875 ; il acquiert une expérience de troisième cycle d'études de 1876 à 1879 au sein du département des maladies nerveuses et mentales du Pr Kozhevnikov (137). Élève puis adjoint de Kozhevnikov (32), Korsakoff est nommé chargé de cours en 1888 (138), responsable du département de psychiatrie à l'université de Moscou en 1889 (129), avant d'en devenir le professeur en 1892 (139).

Lors de sa carrière, Korsakoff voyage dans l'Europe entière pour se familiariser avec les pratiques occidentales en matière de psychiatrie : il rencontre Théodore Meynert à Vienne en 1885, Westphal à Berlin, Kraft-Ebing à Vienne de nouveau en 1892, Valentin Magan à Paris

(140), Fleshing à Leipzig, Kraepelin en 1894 à Heidelberg (141). Sous les conseils de son maître Kozhevnikov, il suit également les enseignements de Jean-Martin Charcot (90). De retour en Russie, il poursuit sa carrière à Moscou comme aliéniste au *Preobrajenski* (18).

Korsakoff se fait le défenseur de l'humanisation des soins : lors du premier *Congrès de psychiatrie* de 1887, Korsakoff défend l'abandon de la camisole de force, outré que de telles pratiques soient encore usitées et enseignées :

Quant au terme de mes études, déclare Korsakoff, je suis entré comme médecin à l'hôpital *Preobrajenski* de Moscou, le psychiatre de l'époque, du haut de sa superbe notoriété, me dit : "En fait, à l'Université, on vous apprend peu de choses de la psychiatrie ; vous par exemple, je suis sûr que vous ne savez même pas comment on attache quelqu'un" et le premier cours que je reçus eut pour objet la contention. Vous aurez sans doute mal à me croire, cependant c'était ainsi, et ce l'était encore il n'y a pas si longtemps (105).

Il souligne l'importance de la prise en charge des malades mentaux au sein de maisons d'aliénés spécialisées et lance également, durant ce congrès, un appel en faveur de la généralisation du système de *no-restraint system* : il exige que des régimes hygiéniques et thérapeutiques raisonnables, de douceur et de respect à l'égard des malades soient mis en place. Il exhorte ses confrères à penser des organisations hospitalières qui rapprochent au maximum les conditions de vie des malades à ceux des personnes saines d'esprit, tout en minimisant les dangers résultants de leurs comportements (18).

Opposant aux recherches thérapeutiques américaines prônant la stérilisation et la castration des malades mentaux³¹, Korsakoff défend l'utilisation de pratiques thérapeutiques innovantes – il est l'un des initiateurs de l'art thérapie³² -, insistant sur l'importance de la relation entre

³¹ Sur le sujet on pourra se référer aux articles de Frédéric Grunberg, *Les dérives éthiques de la psychiatrie à la remorque de l'État*, *Éthique publique* [Online], vol.3, n°1, 2001, URL : <http://ethiquepublique.revue.org/2620> et de Dominique Aubert-Marson, *Les politiques eugénistes aux États-Unis dans la première moitié du XXe siècle*, *Médecine/Sciences*, 2005, n°21, pp. 320-323.

³² Le jardin de l'écrivain Léon Tolstoï jouxtait celui de la clinique psychiatrique dans laquelle travaillait Korsakoff. S'intéressant à la question de la folie, Tolstoï se plonge dans les textes du psychiatre et participe également aux thérapies innovantes de la clinique, en réalisant des spectacles avec comme acteurs les patients. Cf. T. Witkowski, A.L. Pitel, H. Beaunieux, F. Viader, B. Desgranges, F. Eustache, *Sergueï Sergueïevitch Korsakoff (1854-1900). Le savant, le penseur, le psychiatre, l'humaniste*, *Revue neurologique*, n°164, 12 décembre 2008, p. 294.

soignants et patients. Comme l'écrit Kannabikh, « le nom de Pinel était sacré pour Korsakoff, et la réforme de Conolly était l'idéal qu'il cherchait à aborder dans son travail de psychiatre » (33). Partisan de l'humanisation de la prise en charge psychiatrique, il écrit que :

l'âme vivante doit être partout, et avant tout, dans la prise en considération individuelle de chaque malade. Le malade ne doit pas être un numéro, mais une personne, connue de tous ceux qui s'occupent de lui (105).

Il est faux de croire que le fait d'être interné dans un hospice de psychiatrie soit une honte pour quelqu'un. Les craintes des parents sont entièrement injustifiées quand ils redoutent une mauvaise influence de la part des autres malades internés et qu'ils pensent que lorsque leur malade se trouvera parmi les fous, il perdra complètement la tête, tandis qu'à présent il comprend tout (18).

Il faut que la clinique soit considérée comme le meilleur et le plus puissant des remèdes (18).

Cette humanisation, nécessité morale, est également bénéfique d'un strict point de vue thérapeutique :

Le succès du psychiatre dépend de son habileté à cerner la personnalité de son patient, par son expérience, mais aussi par sa sympathie et sa bonté envers lui (105).

L'importance de ce progressisme psychiatrique est d'autant plus importante pour Korsakoff qu'il considère la pathologie mentale comme curable ; l'avenir du malade, comme dans les autres domaines de la médecine, dépend ainsi de l'habileté du clinicien et du thérapeute :

Le siècle écoulé a démontré de façon probante que les maladies mentales peuvent être soignées comme toutes les autres et qu'elles sont curables. Sous ce rapport, il n'y a aucune différence entre elles et les autres. De même que pour les maladies du corps,

il y a des cas guérissables et d'autres qui ne les sont pas. Or, il faut reconnaître que le nombre des premiers n'est pas à négliger. [...]. Les psychiatres nous ont convaincus qu'il sort autant de personnes guéries des hospices d'aliénés que des autres hôpitaux [...] (18).

Dans l'introduction de son *Cours de Psychiatrie* (édition de 1901), Korsakoff propose l'aphorisme selon lequel on peut juger une civilisation et son humanité par la façon dont elle traite les malades mentaux.

La civilisation joue, selon lui, une part importante dans l'étiologie des pathologies mentales et il souligne l'importance de l'étude des facteurs macro-sociaux sur la santé mentale et l'évolution des pathologies psychiques (139). Korsakoff insiste également sur le rôle des facteurs micro-environnementaux (alcoolisme, perversions sexuelles, perte des principes moraux) dans l'instabilité et le déséquilibre psychique. Démontrant qu'il n'existe pas de stricte analogie entre pathologie mentale et origine sociale, Korsakoff relate toutefois que la pauvreté, la malnutrition, un travail éreintant, la non-satisfaction des besoins prédisposent aux pathologies mentales (139).

Pour lutter contre les maladies mentales, les psychiatres ne peuvent s'en tenir aux tendances individuelles et biologiques, ils doivent avoir une compréhension sociale, remanier en profondeur les relations sociales et en finir avec le paupérisme (142).

Nous savons bien que la pauvreté, le paupérisme, est un des plus puissants facteurs d'accroissement du nombre de maladies mentales et contribue directement ou indirectement par l'intermédiaire de l'alcoolisme à propager les épidémies. [...].

La lutte contre le paupérisme est, pour cette raison, une des premières tâches à remplir dans le domaine de la santé publique. L'autre grand souci, qui coïncide avec le premier, c'est la lutte contre l'alcoolisme, la protection de la santé féminine, la bonne éducation de la jeunesse. Il importe également d'établir un régime social normal, satisfaisant raisonnablement les besoins des différentes couches de la population (18).

Les camisoles sont abandonnées dans son hôpital dès 1885, les chambres d'isolement sont transformées en chambre de garde ou en laboratoire tandis que les grilles sont retirées des fenêtres (33). On aménage les bâtiments en accrochant des tableaux aux murs, en meublant les chambres (105). Les mesures fonctionnent et les nombres de patients en fugues diminuent drastiquement malgré l'ouverture des lieux ; les chiffres des tentatives de suicides ou d'agressions sont également en baisse (105).

Convaincu de l'importance de l'organisation de la psychiatrie, il participe également à la création de la *Société moscovite de neuropathologie et de psychiatrie* en 1890 (138). Dans son discours inaugural, il rappelle l'importance et le rôle de la science dans la médecine, et fixe, comme principe de base et objectif :

d'encourager davantage les connaissances scientifiques sans se préoccuper de savoir qui sera premier à atteindre telle ou telle avancée scientifique (138).

Il rédige plusieurs ouvrages théoriques, dont le plus connu est son *Cours de psychiatrie* (1893), dans lesquels il accorde une grande attention à la question nosologique ; Korsakoff fonde différentes revues comme le *Journal de Médecine Sociale* (1895) et le *Revue de Neuropathologie et de Psychiatrie*³³ (le co-fondateur du journal est Grigori Ivanovich Rossolimo ; le premier rédacteur en chef sera le Pr Kozhevnikov (129)).

Regrettant que les étudiants en médecine ne puissent s'engager pleinement dans l'apprentissage de leur art et ainsi servir au mieux leurs patients, devant travailler pour subvenir à leurs besoins au lieu d'étudier, il devient président de la *Société pour l'aide des étudiants dans le besoin* (138) ; il participe à diminuer leurs difficultés financières, mais indique conjointement l'engagement qu'il leur demande :

Avant tout, je souhaite que tous les étudiants reconnaissent la nécessité absolue de l'apprentissage, qu'ils aiment profondément la science et la connaissance, et qu'ils dédaignent l'ignorance. En échange de ce grand privilège qu'est l'instruction, les étudiants doivent être prêts à se sacrifier, même au prix de leur vie, pour le bien du pays et pour les idéaux de l'humanité (138).

³³ Après sa mort la revue portera son nom en hommage. Survivant lors de la période soviétique, la revue continue de paraître en Russie sous le nom de *Korsakoff's Journal of Neuropathology and Psychiatry* cf. T. Witkowski, A.L. Pitel, H. Beaunieux, F. Viader, B. Desgranges, F. Eustache, *Sergueï Sergueïevitch Korsakoff (1854-1900). Le savant, le penseur, le psychiatre, l'humaniste*, Revue neurologique, n°164, 12 décembre 2008, pp. 291

Sur le plan thérapeutique, Korsakoff fait instaurer deux modes de prise en charge dans les hospices de psychiatrie en fonction de l'évolution des troubles. Tout d'abord il défend l'importance du maintien au lit des patients atteints de troubles psychiatriques en phase aiguë, maintient leur permettant d'économiser leurs forces, les rendre plus accessibles aux examens médicaux, et les oblige à prendre conscience de leurs troubles. Avec cette méthode, écrit le Pr Rokhline, « les aliénés commencent à se conduire en malades, ils observent plus volontiers le régime prescrit et ressemblent davantage aux hôpitaux ordinaires » (18). Lorsque la pathologie quitte la phase aiguë, Korsakoff professe qu'il s'agit d'occuper, et ce à visée thérapeutique, les malades à un ouvrage régulier et sensé (18).

Sur le plan théorique, Korsakoff est influencé par les travaux de Sechenov ; convaincu que les progrès de la science autoriseront à établir les relations entre pathologie mentale et lésions de la matière cérébrale. Selon lui, si les troubles de l'activité réflexe du cerveau entraînent des manifestations psychiques pathologiques, certaines perturbations organiques périphériques sont également à même d'être à l'origine de troubles similaires. Ainsi, l'hypocondrie serait pour Korsakoff une symptomatologie secondaire à des modifications de la sensibilité cénesthésique (18).

On sait qu'à l'état normal l'homme reçoit de ses organes internes (estomac, intestins, cœur) des sensations ordinairement si faibles qu'elles en peuvent être rapportées nettement à tel ou tel organe ; elles se mêlent et sont ressenties comme l'ensemble de nos sensations vitales. C'est cet ensemble qui constitue ce que l'on appelle la cénesthésie (18).

Convaincu de l'importance de l'approche clinico-nosologique dans la caractérisation des psychoses, il oriente la recherche du département de psychiatrie de Moscou vers l'étude clinique.

Les maladies somatiques, la constellation bien connue et constamment répétée des symptômes, leur changement séquentiel basé sur les changements anatomiques permettent de séparer les maladies. De même, nous pouvons définir les maladies mentales par les symptômes observés et la séquence de leur développement (139).

En 1891, Korsakoff travaille sur le concept de *paranoïa*, concept dont il est l'un des précurseurs (137). Pour lui, la *paranoïa* est caractérisée par la présence d'éléments délirants existants lors de la phase aiguë de la pathologie et qui survivent à cette période. Il donne exemple de la mélancolie avec délire et hallucinations : lorsque la phase aiguë disparaît, la mélancolie et l'angoisse s'effacent, contrairement au délire et aux hallucinations. Dans sa classification des pathologies mentales, il place, à côté de la démence précoce, la *paranoïa* secondaire au sein de la catégorie des états secondaires aux formes fondamentales de la psychose (143).

Korsakoff propose aussi le concept de *dysnoia* (137) considéré comme trouble précurseur des troubles psychotiques aigus (141) ; avec la *dysnoia*, Korsakoff essaie de caractériser les signes spécifiques du trouble de base de la pathologie psychotique. Engagé dans une polémique scientifique avec W. Griesinger qui affirme que les psychoses sont toutes précédées de troubles affectifs, Korsakoff souligne l'existence de pathologies psychotiques apparaissant sans perturbation émotionnelle significative. C'est ainsi qu'il décrit la *dysnoia*, pathologie aiguë caractérisée par sa psychogenèse auto-intoxicatoire et la perturbation marquée des processus associatifs. Décivant plusieurs types dans la description de cette pathologie – stuporeuse, délirante, démentielle et forme abortive -, Korsakoff met en évidence les signes spécifiques de ce « désordre fondamental », qui touche profondément la cognition entraînant des perturbations idéiques et confusionnelles majeures. Cette symptomatologie débutante décrite par Korsakoff est souvent associée à des signes négatifs, au mentisme, à la peur et à l'ennui. Une fois l'accès aigu terminé, il persiste une diminution de l'activité mentale (139).

La *dysnoia* de Korsakoff peut être considérée, à bon droit, comme le précurseur du concept de schizophrénie (137) et est antérieure au concept de *dementia praecox* qu'énoncera Kraepelin quelques années plus tard (1893). Contrairement à Kraepelin, Korsakoff insiste sur l'importance de la thérapie des psychoses, convaincu du caractère curable de telles pathologies.

Cette question de la curabilité est centrale chez lui. Il commence ses cours de psychiatrie en réfutant l'idée, alors largement répandue, de l'incurabilité de la folie : il assure à ses élèves que les cliniciens ont, tout au long du XIXe siècle, prouvé que les patients sortent de l'hôpital psychiatrique guéris, comme ils sortent guéris des autres hôpitaux. Cette guérison nécessite toutefois une intervention rapide des médecins : Korsakoff rapporte que, si les patients reçoivent un traitement approprié au cours du premier mois de leur pathologie, on note une amélioration dans 80 % des cas ; ce taux n'est que de 10 % lorsque les patients sont admis plus de 6 mois après le début de la maladie, d'où l'importance pour Korsakoff d'hospitaliser rapidement les cas de psychoses aiguës (139).

Comme l'écrivent S.A Ovsyannikov et A.S. Ovsyannikov, « il est évident que, ayant défini deux types principaux de troubles psychiatriques tels que l'encéphalopathie alcoolique et la dysnoïa, il a démontré son exactitude concernant l'approche nosologique de la systématisation psychiatrique et le potentiel étiopathogénique de cette systématisation. Il a résolu le problème central de la pratique psychiatrique basée sur des analyses psychopathologiques exactes des syndromes principaux, appelés plus tard syndrome "axiaux" – organiques (amnésiques) et endogènes (dysnoïa, démence précoce). Il a choisi son propre chemin sans considérer le concept de "psychose commune". Ce faisant, il a créé un chemin de développement unique pour la psychiatrie russe, indépendant du modèle européen » (139). Korsakoff propose un appareil nosologique qui devient la référence de la psychiatrie russe de la fin du XIX^e et du début du XX^e. Korsakoff tente de définir le plus précisément le rôle qu'il attribue à cette nosologie, nosologie qui doit se conformer à certains impératifs :

- « 1. Permettre d'attribuer un terme défini à toute entité observable, même si elle est purement symptomatique ;
2. la classification doit satisfaire aux besoins cliniques basiques, c'est-à-dire qu'elle doit séparer les maladies dans les formes par les symptômes et leur évolution ;
3. en même temps, la classification ne doit pas être obligée d'intégrer un cas particulier inclassable dans les définitions rigides des formes acceptées, permettant un développement ultérieur de notre connaissance des diverses formes nosologiques de troubles mentaux » (139).

Korsakoff développe ses théories de psychopathologie générale dans son *Cours de Psychiatrie* : « convaincant et brillant, il a décrit les particularités cliniques des principaux syndromes ; il a souligné que dans chaque syndrome, bien qu'il y ait des changements significatifs dans la perception, la cognition et la mémoire, il y a aussi d'autres éléments de la sphère mentale qui participent (affects, émotions, inclinaisons). [...]. Sa compréhension des origines du délire est assez originale. [II] a délimité dix principaux facteurs de formation du délire, influençant le développement d'états de délire pathogéniquement différents. En fait [Korsakoff] fut le premier à formuler un concept cliniquement exact et complet de psychopathologie commune et à présenter une compréhension différentielle des symptômes les plus importants en psychopathologie » (139).

L'apport de Korsakoff à la nosologie est en effet original ; en établissant une distinction entre les psychoses et constitutions psychopathiques avec les troubles psychiatriques transitoires et les conditions de développement psychologique, il contraste avec le concept régnant alors en Europe occidentale de *Einheitspsychose*, la "psychose commune".

Malgré l'importance de Korsakoff dans le développement de la psychiatrie russe et mondiale, ses apports restent aujourd'hui méconnus au profit de ses travaux sur le syndrome amnésique dans l'alcoolisme.

En 1887, Korsakoff soutient sa thèse, *Sur la paralysie alcoolique* ; si J.-M. Charcot avait déjà décrit les troubles psychiques associés aux polynévrites alcooliques (1884), le médecin russe décrit une entité nouvelle (105), soulignant l'amnésie aiguë survenant chez l'alcoolique (144).

Ce trouble mental apparaît parfois sous la forme d'un trouble nerveux touchant gravement la sphère mentale, parfois sous forme d'une confusion, avec des erreurs caractéristiques dans l'orientation dans l'espace, le temps et la situation vécue, et parfois sous la forme presque pure des troubles aigus de la mémoire, avec une bonne préservation de la mémoire récente [...]. Certains souffrent d'une perte de mémoire tellement importante qu'ils oublient tout, littéralement et immédiatement (138).

Publiant initialement ses travaux en langue russe (*Les troubles de la sphère psychique dans la paralysie alcoolique et leurs relations avec les troubles psychiques de la polynévrite*, 1887 (33) ; *Étude au sujet de la paralysie spinale atrophique et de la polynévrite*, 1888 ; *Quelques cas originaux de psychoses polynévritiques*, 1889), Korsakoff fait publier ses travaux en Allemagne puis en France.

En 1889, il présente un texte sur le sujet au Congrès international médical tandis que son article *Étude médico-psychologique sur une forme des maladies de la mémoire* paraît dans la *Revue philosophique* de Théodule Ribot (145). Comme l'écrivent Witkowski et coll. « Korsakoff a été un observateur remarquable du fonctionnement psychique en reconnaissant notamment, à travers une diversité de cas étudiés, ce que nous appelons à présent l'amnésie antérograde. Ses observations du syndrome amnésique sont sans égal et ses spéculations théoriques trouvent un large écho dans les recherches actuelles. Korsakoff explore par exemple les relations entre mémoire et conscience, il décrit des phénomènes relevant de la mémoire implicite, il souligne l'existence de ce que nous appellerions aujourd'hui les troubles exécutifs et mets en lumière l'importance de la sphère émotionnelle. Il propose également un classement des différents types de mémoires ainsi qu'une distinction entre les troubles mnésiques liés à une atteinte des processus de récupération de l'information en mémoire » (105).

Parallèlement à ces recherches cliniques, sémiologiques et étiologiques, Korsakoff travaille, précurseur, sur le domaine de la psychiatrie médico-légale. Il publie à l'aide de ses collaborateurs une série de cas, comprenant ses évaluations à nombres de procès importants de l'époque (141). L'un du cas le plus célèbre auquel Korsakoff participe est le procès de Praskoyva Kachka (1890) (146), jeune noble de 19 ans accusée du meurtre de son ex-compagnon ; l'accusée tire sur son amant sous l'influence d'une chanson qu'elle était en train de chanter. À première vue, P. Kachka ne présentait pas de trouble psychique manifeste au moment de l'acte (147). Une expertise est effectuée à l'hôpital *Preobrajenski* de Moscou : lors de la conférence finale, les experts – dont Korsakoff fait partie – concluent à un tableau de dégénérescence héréditaire :

sous une forme de sensibilité sublime et d'hystérie développée
sous l'influence de prédispositions héréditaires, d'une éducation
inadéquate et de mauvaises conditions de vie (147).

La conclusion des experts ne se limite pas à l'étude clinique – étude controversée - mais relate également l'anamnèse et la généalogie de la patiente. Le défenseur de Kachka, le grand avocat Fëdor Nikiforovich Plevako (1842-1909) – « le Moscovite à la langue d'or » (146) - utilise l'expertise de Korsakoff pour sa plaidoirie ; la jeune femme est jugée innocente.

Autre cas important dans la carrière de Korsakoff, l'évaluation psychiatrique d'un employé ayant assassiné le gouverneur général de Moscou ; après avoir examiné le sujet et établi l'anamnèse, le psychiatre décrit une "paranoïa raisonnée d'intensité faible" devant la présence de ce qu'il décrit comme étant un délire de relation lentement progressif, d'idées faibles à signification spéciale ainsi qu'en rapport avec l'importance de la part imaginative chez le sujet établissant une « organisation particulière » chez le patient. Korsakoff pose le diagnostic de « paranoïa raisonnante » (139).

C'est en 1897, apogée de sa carrière, que Korsakoff organise le *XII^e Congrès médical international* à Moscou (105) : lors de l'événement on valide définitivement sa description de la psychose polynévritique, qui prend alors le nom de "syndrome amnésique de Korsakoff" sous l'impulsion du Pr Zholli de Berlin.

C'est après la tenue du congrès que le Moscovite décide d'agir pour structurer plus avant la profession psychiatrique russe ; il décide alors de créer l'*Association russe des psychiatres et des neurologues*. Comme l'écrivent Witkowski et coll., « en visitant différentes régions de la Russie et plusieurs pays étrangers, il contribue non seulement à l'unification de la médecine en

Russie, mais aussi à celle de la communauté mondiale des neuropathologistes et des psychiatres » (105).

Décédant avant la tenue du *XIII^e Congrès médical international* qui se tient à Paris en août 1900 et auquel il était invité, son éloge funèbre est prononcé par le savant italien Ritti (148) (18) et par son ami Valentin Magnan³⁴ (149) ; on le décrit comme étant :

modeste, presque timide : son esprit vif, raffiné et sa bonté se lisaient sur son visage : sous ses traits de savant et d'apôtre, il était attirant et charmant à la fois (105).

Son enterrement à Moscou est l'occasion d'un grand rassemblement de sommités nationales, preuve de l'importance nouvelle qu'a prise la psychiatrie dans le monde scientifique russe (150).

c) Nikolai Nikolaïevitch Bazhenov (1857-1923)

Issue d'une grande famille noble, Nikolai Nikolaïevitch Bazhenov débute ses études médicales à Moscou (151). Obtenant une médaille d'or en 1881, Bazhenov poursuit ses études tout en prenant un poste de stagiaire au *Preobrajenski*. Il se rend ensuite à l'étranger pour poursuivre sa formation quelques années durant, au sein de divers centres psychiatriques de Paris, auprès de Charcot et Magnan, de Vienne et Berlin (151). De son voyage, il gardera de très bonnes relations avec ses confrères français, Valentin Magnan et Auguste Marie en tête (152) ; son implication dans la psychiatrie française restera importante. Il recevra d'ailleurs la Légion d'honneur française pour ses apports à la médecine (151).



Figure 17 : Nikolai Nikolaïevitch Bazhenov (1857-1923)

³⁴ Magnan était le seul membre honoraire étranger de la Société des psychiatres et neuropathologistes de Moscou (Cf. Irina Sirotkina, *The concept of creative illness in the works of N.N. Bazhenov*, History of Psychiatry, IX (1998), pp. 135-149).

De retour en Russie en 1885, partisan de la décentralisation des services de santé mentale, Bazhenov participe activement à l'organisation de plusieurs hôpitaux psychiatriques à Riazan, Vinnytsia, Voronège, Saint-Pétersbourg et à Moscou (42). Bazhenov est le plus proche collaborateur de Korsakoff sur la question des soins ambulatoires et sur le plan des activités sociales en psychiatrie (33).

En 1885, Bazhenov est le premier en Russie à ouvrir les portes de l'asile, à Riazan (153), hôpital qu'il dirige jusqu'en 1889, et n'hésite pas à critiquer la législation en vigueur :

En Russie [...] nous en sommes encore aux quelques archaïques dispositions législatives éparses en différents chapitres du code, et qui n'ont jamais été revues, ni modifiées. Tel, par exemple, cet article de loi non abrogé qui demande encore qu'un asile d'aliénés soit assez spacieux et entouré d'un haut mur de clôture « pour que personne ne puisse s'évader » (154).

En 1887, Bazhenov instaure le patronage familial des patients en Russie. Si le psychiatre pense que les soins aigus doivent se faire au sein d'établissements psychiatriques, les patients chroniques doivent sortir de l'hôpital, et intégrer des familles bienveillantes (154). Il se fait ainsi le critique de « la séquestration dans les asiles » :

On se plaint qu'il n'y ait pas assez de garanties dans les asiles ; hors de l'asile, il n'en existe plus aucune, et le danger d'une séquestration arbitraire et d'un traitement inhumain et insuffisant est beaucoup plus grand (154).

C'est dans [les asiles] que fleurissent les camisoles de force et autres moyens de contrainte physique. [...]. C'est là aussi qu'il faut chercher le type classique de l'aliéné du roman-feuilleton qu'on ne retrouve plus ailleurs parce que cet être pittoresque et horrible est un produit artificiel de la négligence et de mauvais soins. N'oublions jamais que l'aliéné n'est pas seulement ce qu'en a fait la maladie, mais aussi ce qu'en a fait le médecin qui le traite et l'asile où il est soigné (154).

Pourquoi les asiles sont-ils encombrés ? Parce qu'on perd de vue

trop souvent que l'assistance des aliénés ne peut être assurée par un seul et même moyen pour tous les malades. [...]. Dans un système complet d'assistance, l'assistance par l'asile, tout importante qu'elle soit, ne doit pas être isolée, il y a encore l'assistance par les secours à domicile et par le patronage familial. Ces deux procédés ont leur valeur intrinsèque, puisqu'ils correspondent à des indications psychothérapeutiques très précises et que, dans bien des cas, c'est surtout ce genre d'assistance qui convient au malade [...] (154).

Ainsi, au sein de l'asile de Voronège, la surpopulation pousse Bazhenov à la création d'une colonie familiale, fondée au sein du village voisin (Devitza, 5 000 habitants) (155). Devant la réussite du projet ³⁵, et son coût relativement bas, Bazhenov croit voir dans le patronage une solution de choix pour résoudre l'encombrement des asiles (155). Considérant les familles des malades comme étant bien souvent dysfonctionnelles, il se fait le défenseur de soins en dehors des véritables familles des malades :

N'oublions pas [...] que très souvent le malade provient d'une famille déséquilibrée dont bien des membres portent les stigmates de la dégénérescence mentale et, sans être eux-mêmes aliénés dans le sens strict du mot, apportent dans tous leurs faits et gestes ce caractère d'instabilité neuropsychique, d'impulsivité, etc., qui crée autour du patient un milieu ambiant qui, au point de vue médical doit être qualifié de « contre-indiqué ». C'est tellement vrai que, même pour l'application du système du patronage familial aux aliénés chroniques, système qui a déjà rendu de grands services, tant aux malades qui bénéficient d'un mode d'assistance beaucoup plus douce et qui convient mieux à leur état que le régime des asiles, qu'à la société en l'exonérant d'une bonne part des charges qui, de ce fait pèsent sur elle, on est le plus souvent embarrassé de placer les malades dans leurs propres familles, ce qui, à première vue paraîtrait pourtant la solution la plus simple du problème, et qu'on est obligé de rechercher des familles étrangères (154).

³⁵ Sur 39 patients placés au sein de la colonie, 5 sont retournés vivre à l'asile, 3 se sont évadés et un est décédé (Daria Marie, *L'asile Voronège et l'assistance familiale, Rapport de 1899-1900, par le Dr. Bajenoff*, Revue de psychiatrie, Nouvelle série, 4^e année, Tome IV, n°1, Janvier 1901, p. 249).

L'expérience ne dure pas, l'expérience étant stoppée les responsables du *zemstvo*, suspicieux de cette initiative à contre-courant de la doxa proasilaire alors dominante ; quelque temps plus tard, Bazhenov est licencié par le *zemstvo* pour ses convictions libérales (55).

Bazhenov participe à Paris au *Congrès international d'Assistance publique* en 1889 (156) (157) et se fait le propagandiste du système de patronage familial des malades mentaux ; après son intervention, il fait voter par le Congrès la déclaration suivante, qui bien que restant lettre morte, fait de Bazhenov un des promoteurs les plus actifs sur cette question :

Le Congrès d'assistance publique (IVe section) considérant :

1° Que tout aliéné doit recevoir les soins et le traitement nécessaires ;

2° Que les asiles doivent être préservés de l'encombrement pour qu'ils puissent conserver leur caractère essentiel, savoir celui d'un hospice, ayant des malades en traitement ;

3° Que les asiles ne pouvant pas renfermer tous les aliénés, il est à tous les points de vue préférables que les malades qui sont hors de l'asile ne soient pas des aliénés qui n'ont pas pu être admis faute de place, mais des aliénés qui ont passé par le service et qui ont été considérés comme pouvant jouir d'une certaine liberté,

Est d'avis :

Que le système du patronage familial, coexistant avec les asiles, est la base d'une bonne organisation de l'assistance des aliénés et est appelé à réaliser un grand progrès (157).

Partisan assumé du *no-restraint system*, il souhaite appliquer les principes découlant de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen adoptée en France et défend le devoir *sacré* de l'intervention publique (154).

Le traitement des maladies mentales et l'assistance des aliénés chroniques qui devraient être un devoir sacré de l'État sont abandonnés à des sociétés religieuses ou laïques qui en tirent un profit pécuniaire. Ce n'est plus de l'assistance. C'est de la spéculation ! (154)

Bazhenov dirige le *Preobrajenski* de 1904 à 1917 (42) : il alors met en place un système d'amélioration des soins, remplaçant le personnel non éduqué par des religieuses jugées plus bienveillantes, et faire appliquer les principes du *no-restraint system* (38).

Lors du Ier *Congrès international de Psychiatrie* qui se tient à Amsterdam en 1907, le psychiatre russe défend l'approche de la non-contrainte devant ses confrères :

Dans mon pays où nous travaillons avec un corps d'infirmiers dont la majorité est illettrée, nous sommes parvenus à faire dans nos asiles du *no-restraint* absolu. Voyez-vous, Messieurs, le *no-restraint* n'est pas seulement un faisceau de mesures humanitaires employées dans un établissement d'aliénés ; c'est aussi la meilleure école et peut être la seule pour styliser les infirmiers et tout le personnel. Je conclus donc que quand on se trouve en présence d'un vieil asile [...] où les moyens de contraintes sont largement employés, la meilleure façon pour le médecin en chef qui tient vraiment à faire des réformes radicales dans le sens du *no-restraint* c'est [...] tout simplement de demander à l'économe de l'asile, tous les camisoles de force et autres ustensiles soi-disant psychiatriques, de les compter et de les mettre sous clef. Il serait encore mieux d'en faire un tas dans la cour de l'asile et d'y mettre le feu pour que nul [...] ne garde plus aucun espoir de voir reparaître la camisole de force ou d'autres moyens de contrainte dans son service. Croyez en un vieux médecin d'asile ; c'est encore la meilleure et la plus efficace méthode de faire la réforme (158).

Bazhenov s'intéresse également aux techniques psychothérapeutiques ; à l'instar de Charcot qui étudie, dans son dernier article (1892), la « foi qui guérit », Bazhenov s'initie à la question du miracle et des phénomènes de Lourdes. Il se rend sur le lieu du pèlerinage pour étudier les modifications psychologiques produites par la foi. Bazhenov délivre ensuite un cours à l'Université de Moscou sur les « épidémies psychiques » et défend les avantages de la thérapie émotionnelle (152). En 1903, il introduit la question de l'inconscient psychique dans l'un de ses ouvrages (23) et, correspondant de Freud, il n'hésite pas à lui adresser une patiente pour traitement en 1909 (159).

Promoteur de l'éducation médicale pour les femmes, Bazhenov enseigne la psychiatrie aux cours supérieurs féminins, et un certain nombre de diplômées obtiennent un emploi au *Preobrajenski* (152).

Membre titulaire de la *Société d'anthropologie* de Paris (160), Bazhenov est également le premier président de l'*Union russe des neuropathologistes et psychiatres*, poste qu'il occupe de 1911 à 1916 (153).

d) Vladimir Petrovitch Serbski (1858-1917)

Né à Bogarodsk, près de Moscou, en 1858 d'un père médecin, Vladimir Petrovitch Serbski (1858-1917) entame des études de médecine après avoir terminé un cursus à la Faculté de Physique et de Mathématiques (161).



Figure 18 : Vladimir Petrovitch Serbski (1858-1917)

Une fois diplômé, Serbski travaille sous la direction de Korsakoff au sein de l'hôpital privé de M. F. Becker, bien avant l'ouverture de la clinique psychiatrie de Moscou (161) ; au sein de cet établissement, les deux médecins appliquent le *no restraint system* (33).

Serbski est ensuite, de 1885 à 1887, nommé médecin-directeur d'une clinique psychiatrique à Tambov (162). Durant cette période, Serbski est envoyé poursuivre ses études en Autriche auprès des médecins viennois Obersteiner et Meynert - lors de son séjour autrichien, il rencontre Sigmund Freud ; il sera d'ailleurs, comme on le verra, l'un des promoteurs de la psychanalyse en territoire russe quelques décennies plus tard.

À son retour au pays, Serbski travaille, deux décennies durant, au sein de la clinique psychiatrique de l'Université de Moscou fondée par A. A. Morozov. Il gravit progressivement

toutes les échelles, d'assistant à professeur, terminant directeur de la clinique (162).

Serbski soutient sa thèse en 1891, *Forme des troubles mentaux qualifiés de catatonies*, manifestation clinique qu'il décrit comme étant un "complexe de symptômes" ; Serbski est l'un des premiers à mettre en doute la validité nosologique de la catatonie comme maladie autonome (162). En 1892, à l'initiative de Kozhevnikov et de Korsakoff, Serbski est élu professeur associé à l'*Université de Moscou* afin d'enseigner la psychopathologie légale aux facultés de droits et de médecine (161).

Auteur prolifique, il écrit une cinquantaine d'ouvrages, mais ce sont principalement ses travaux traitant de la psychiatrie médico-légale qui lui ouvrent les portes de la reconnaissance ; il rédige un traité de *Psychopathologie légale* en deux volumes dans lequel il définit les critères d'irresponsabilité dans l'expertise : présence ou absence d'une pathologie mentale (établissant le critère médical) et présence ou absence de liberté de jugement et d'action à cause de la maladie (établissant le critère légal) (162).

Largement influencé par Korsakoff et Meynert, Serbski souhaite fonder sa théorie psychiatrique sur les sciences naturelles et est convaincu de la continuité entre maladies mentales, environnement et état somatique. C'est à partir de ce point de vue qu'il critique la psychanalyse – bien qu'il aidera à son développement en Russie –, lui reprochant sa psychologisation excessive des troubles mentaux. C'est ainsi qu'il décrit le pansexualisme freudien comme une :

tendance de simplification de la réalité. [...]. Une chose simplifiée est utile, mais elle perd toute signification si elle englobe tout. Si les hommes religieux adhèrent à la conviction que tout dépend de Dieu, tout devient extrêmement simple et clair, mais il ne nous reste plus rien à faire. Et quand Freud réduit tout, sans aucune exception, à la sexualité, cette sexualité étendue perd toute signification ; le rôle qu'elle peut jouer dans la pathologie n'est pas clair quand elle domine la vie quotidienne (162).

Partisan du *No restraint system*, il préconise la mise au travail des patients comme moyen thérapeutique. Visitant la colonie agricole d'Alt-Scherbitz près de Leipzig (1885), Serbski est convaincu de l'importance de l'environnement dans l'amélioration clinique des patients ; il se fait alors le défenseur des colonies psychiatriques ouvertes de travail agricole (21).

Il serait à peine convenable que l'on considère comme un luxe inutile une institution qui permet à 500 personnes une espèce de vie tolérable, et de leur procurer une espèce de plaisir (21).

La mort de son maître Korsakoff en 1900 place Serbski au premier plan de la psychiatrie nationale ; il reprend à son compte les fonctions du défunt ; en 1903, il est nommé professeur et directeur de la clinique psychiatrique de Moscou (161).

Sur le plan philosophique, Vladimir Serbski est influencé par le positivisme d'Auguste Comte et d'Herbert Spencer, combinant dans sa vision du monde une profonde religiosité à un solide positivisme : selon lui la médecine, science naturelle, doit avoir des applications sur le plan pratique (161).

Serbski souhaite se faire le défenseur de la cause des malades mentaux, particulièrement envers les méthodes répressives du gouvernement :

Pendant près de 30 ans de mon service auprès de la psychiatrie, j'ai toujours considéré qu'il était de mon devoir moral de défendre les droits et les intérêts des malades mentaux par tous les moyens à ma disposition, qu'ils aient été violés par l'ignorance des ministres [...] ou par le manque de formation de ceux qui sont disposés à traquer nos patients déjà punis par la maladie elle-même (161).

En 1905, lors du II Congrès des psychiatres qui se tient à Kiev, il insiste sur la nécessaire abolition de la peine de mort pour les malades mentaux, et défend l'extension de la protection juridique à leur endroit :

Nous devons dire haut et fort qu'il est impossible d'amener les gens à mendier, de les pousser au suicide et à la maladie mentale ; nous devons dire, comme nous l'avons dit au deuxième Congrès de Kiev, qu'il est honteux de tuer d'autres personnes que c'est un crime que de tuer les malades mentaux (161).

Après les événements politiques de 1905, Serbski s'attaque à la politique sanguinaire des révolutionnaires, qu'il assimile à des psychopathes (163). Si Serbski refuse de psychiatriser activement les agitateurs révolutionnaires, il établit tout de même une relation entre pathologie

mentale et révolution. Ainsi, il écrit que « les révolutions peuvent être une sortie utile pour les dégénérés ; beaucoup de chefs de la Commune de Paris de 1870 étaient certainement des malades mentaux ».

En période de bouleversements politiques, tout comme durant les périodes de guerres ou de famines, le nombre de malades mentaux semble en diminution ; mais, à la suite des cessations des bouleversements, leur nombre croît. [...] Ce grand mouvement social attire un grand nombre d'instables, de personnalités dégénérées qui deviennent les membres les plus actifs des participants, et, non rarement, leurs chefs (163).

Ainsi, pour lui, la Révolution de 1905 a été menée :

pour une part, peut-être une part minime, des dégénérés, psychasthéniques, et des personnalités hystériques, l'enthousiasme révolutionnaire tient un rôle utile de distraction ; en un sens, la révolution est une sorte de psychothérapie (163).

Sur le plan clinique et théorique, Serbski reste fidèle à son maître S. S. Korsakoff et s'oppose à Kraepelin sur la question de la *dementia praecox* (32) : en 1902 paraît un long article en anglais de Serbski sur la question (164) ; d'autres articles suivront, notamment en langue française (165).

Premièrement Serbski souligne la difficulté d'unifier l'ensemble des manifestations cliniques hétérogènes - comme l'hébéphrénie et ses troubles du langage, la catatonie et ses manifestations psychomotrices, le délire paranoïde et son tableau marqué par l'expérience hallucinatoire – comme étant autant de formes variées d'une maladie unique (166).

Secondairement, Serbski refuse, comme le propose Kraepelin dans sa nosologie, de diagnostiquer les psychoses en fonction de leur évolution terminale. Cette vision conduit à une absurdité logique : si la démence est terminale, il ne peut être possible de diagnostiquer avec certitude ce trouble qu'au stade de démence ; or, il s'agit de pouvoir diagnostiquer la pathologie le plus précocement possible afin de pouvoir prévoir le pronostic (166). Quand Kraepelin souligne que la *dementia praecox* peut être reconnue par le fait qu'elle se termine généralement par un affaiblissement mental, Serbski rapporte qu'environ 13 % des patients atteints de cette pathologie connaissent un rétablissement :

On ne saurait manquer de souligner cette curieuse contradiction en fait logique, qui veut qu'un groupe pathologique dont le fait fondamental *unique* consisterait dans les passages à la démence se terminerait cependant dans le passage à la démence, se terminant cependant favorablement dans une assez grande série de cas ; il s'en suit qu'il y aurait démence sans démence (165).

Autre critique apportée à Kraepelin : l'âge de déclenchement de la pathologie :

il existe un autre point qui attire notre attention, c'est que la démence précoce de Kraepelin pourrait se développer à n'importe quel âge. [...] Là encore, nous constatons un malentendu non moins considérable [...]. Le processus [...] est caractérisé par deux conditions principales : 1° par la ruine de l'organisation psychique, c'est-à-dire par la démence définitive et irréparable ; et 2° par le fait que cette ruine se produit à une époque de la vie où l'organisation psychique n'avait pas encore atteint son apogée, et ce qui est précisément indiqué par le terme "précoce". [...] C'est ainsi que dans les cas où l'une des deux conditions manque, et à plus forte raison dans les cas où les deux manquent, on peut parler de n'importe quelle affection, mais jamais de la démence précoce (165).

Dernière critique énoncée par Serbski, l'abandon de l'approche psychologique des troubles. Si Kraepelin se fait fort de bâtir un diagnostic à partir d'éléments cliniques objectifs – et objectivables –, Serbski souligne qu'il est impossible de présenter des signes pathognomoniques de la démence précoce, ce qui devrait être réalisable si l'étude des maladies mentales disposait de signes objectifs semblables aux pathologies somatiques (166).

Concluant l'article, Serbski écrit que :

nous devons donc reconnaître que les idées de Kraepelin, loin d'avancer l'étude de la démence précoce, y ont apporté, au contraire, une grande confusion et une série de malentendus. L'absence d'un point de vue fondamental, une contradiction en fait de logique dans la définition de la maladie elle-même, la

délimitation insuffisante de l'affection, la place qu'on lui réserve à côté de la démence secondaire, de l'*amentia*, de la paranoïa chronique, tout cela nous conduit à regarder la démence précoce comme un groupe absolument artificiel, nullement unifié, comprenant des processus les plus hétérogènes (165).

Plus intéressé par la recherche que par l'activité clinique, il se préoccupe toutefois de médecine légale, cherchant établir des méthodes d'expertise pour les malades mentaux (102).

Serbski se fait le héraut de la liberté ; s'opposant, parfois de manière frontale, à la politique autocratique, il n'hésite pas à fermer les portes de sa clinique à la police du tsar, lancée à la poursuite d'un homme suspecté d'avoir commis un important crime politique (1906) (161).

Serbski démissionne quelques années plus tard (1911) de sa chaire professorale en signe de protestation envers la politique répressive impériale (167), menée par le ministre L. A. Kassean.

Il y a des moments où les intérêts du bien public passent avant les intérêts de la science (161).

De 1911 à 1917, Serbski se retrouve dans une situation matérielle précaire, s'occupant dès lors d'une clientèle privée. Malgré sa mise à l'écart volontaire du monde universitaire, il poursuit ses interventions politiques ; il proteste par exemple publiquement contre le mouvement politique antisémite ultra-réactionnaire (les Cents noirs) qui avait organisé le procès Beilis (1913), dans lequel on accuse un homme de confession juive de meurtre rituel sur un enfant slave. Serbski rédige une contre-expertise dans la presse (168).

Vladimir Serbski décède le 5 avril 1917 à l'âge de 59 ans ; ses titres universitaires lui sont restitués officiellement de manière posthume (162).

e) *Alexander Nikolaïevitch Bernstein (1870-1922)*

Né à Odessa, Alexander Nikolaïevitch Bernstein effectue ses études médicales à Moscou ; élève et employé de Korsakoff, Bernstein travaille simultanément au sein du laboratoire de la Clinique des maladies nerveuses, sous la direction de Darkshevich. Le jeune médecin entame ensuite un voyage d'études en Europe, passant par l'Autriche, la Suisse, l'Allemagne, la France, afin de se familiariser avec le travail effectué dans divers établissements psychiatriques (169).

À son retour Bernstein occupe un poste à la clinique psychiatrique de Moscou, de 1893 à 1918, mais poursuit régulièrement ses voyages d'études en Europe : en 1895, il devient, quelques mois durant collaborateur de Kraepelin à Heidelberg, et, en 1902, est envoyé à l'étranger pour préparer un cours sur la psychologie expérimentale ; il visite certains laboratoires de psychologies (W. Wundt) et retourne étudier auprès de Kraepelin (169).

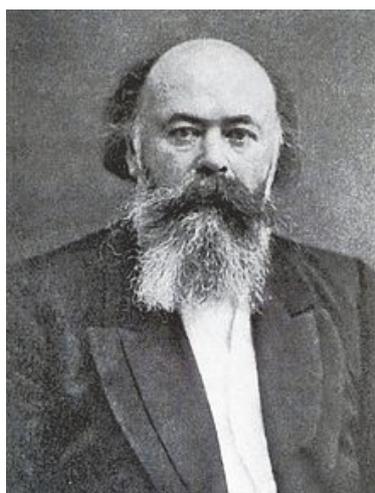


Figure 19 : Alexander Nikolaïevitch Bernstein (1870-1922)

En 1899, sur la recommandation de Korsakoff, Bernstein prend la direction de la salle de réception centrale de la police de Moscou, institution s'occupant des soins psychiatriques aux plus miséreux (33). Bernstein engage Vladimir Serbski pour venir l'épauler dans cette tâche (169) (cet organisme deviendra par la suite le *Centre scientifique national de psychiatrie sociale et légale*, avant d'être renommé *Institut Serbski de médecine légale* en 1920 (170)).

Au sein de cette institution qu'il dirige jusqu'en 1918, Alexander Nikolaevich Bernstein forme de jeunes psychiatres qui deviendront les futures figures de proue de la psychiatrie russe : au sein du centre, sous la direction de Bernstein, A. Giliarovski, P. Gannushkin, Yu. Kannabikh a créé des laboratoires de psychologie, de biochimie, de psychopathologie (169).

Sur le plan clinique, Bernstein s'intéresse à l'examen psychologique objectif des patients. Étudiant la psychologie auprès du Pr A. A. Tokarsky, l'un des initiateurs de la psychologie expérimentale russe, dont il fut l'assistant le plus proche, Bernstein publie *Méthodes cliniques de recherche psychologique des malades mentaux* (1908), premier manuel russe sur le sujet, ainsi que divers articles et ouvrages sur les problèmes de psychologie expérimentale appliquée, de méthodologie de recherche en psychologie expérimentale, et en psychologie de la personnalité (169).

Inspiré par Wernicke et Binet, il souhaite établir une nette distinction entre forme et contenu des troubles mentaux ; mais c'est surtout Kraepelin qui est le maître à penser de Bernstein. C'est ainsi qu'il essaye de définir, pour chaque entité pathologique proposée par Kraepelin, des troubles mentaux formels de l'activité mentale spécifique, mise en évidence grâce à l'approche objective en psychologie (33). Cette approche autoriserait, selon lui, une amélioration de la précision diagnostique. Il élabore ainsi des tests diagnostiques, qu'il décrit dans son ouvrage de 1908 : Bernstein propose par exemple un test permettant d'évaluer la mémoire au moyen de tableaux et de figures géométriques (33).

Bernstein est également l'un des initiateurs de la pensée psychanalytique en Russie, à l'origine de la revue *Psikhoterapia* et de l'étude psychanalytique de l'enfance (169).

5. La psychiatrie à Kazan, Kharkov et Tartu

L'évolution de la psychiatrie russe n'est ni homogène, ni centralisée : à côté des grands centres psychiatriques que sont Moscou et Saint-Pétersbourg, il n'existe longtemps que trois autres lieux où l'on étudie la psychiatrie : Kazan, Kharkov et Tartu.

a) *La psychiatrie à Kazan*

L'université de Kazan ouvre ses portes en 1804, à la suite d'un décret d'Alexandre Ier. Il faut attendre 1814 pour que la section médicale soit en activité. En 1840, la faculté se dote d'une clinique universitaire de soixante lits (171).

Aleksandr U. Freze (1826-1884) de Moscou est chargé de la direction du district de psychiatrie de Kazan en 1864, avant d'être nommé premier professeur de psychiatrie de l'université de Kazan en 1866 (49). A. Freze est un actif partisan de l'approche matérialiste des troubles mentaux :

La première condition d'apparition des maladies mentales est un organisme vivant. [...] Personne ne peut observer des phénomènes mentaux se produisant par eux-mêmes, indépendamment de l'organisme donné (50).

En 1885, après la mort de Freze, Vladimir Mikhailovich Bekhterev (1857-1927), alors professeur-assistant de psychiatrie et de neurologie à l'*Académie médico-chirurgicale* de Saint-Pétersbourg, occupe la chaire de psychiatrie à l'Université de Kazan. Professeur à 28 ans, Bekhterev débute un vaste programme de recherche : il fait construire plusieurs structures, comme un laboratoire de psychopathologie, le second en Europe après celui de Wundt, ainsi qu'un laboratoire spécialisé dans la morphologie cérébrale (119).

En 1892 Bekhterev fonde la *Société de Kazan des neurologues et psychiatres* et, en 1893, crée le *Nevrologichesky Vestnik (Neurological Herald)*, journal spécialisé dans les questions neurologiques qui sera édité jusqu'en 1918 (171).

b) *La psychiatrie à Kharkov*

En 1877, Pavel Ivanovitch Kovalevsky (1850-1923) est le premier psychiatre à établir la psychiatrie dans le sud de la Russie, établissant une chaire de psychiatrie à l'*Université de Kharkov* (32) (aujourd'hui en Ukraine).



Figure 20 : Pavel Ivanovitch Kovalevsky (1850-1923)

Dès le début de ses études médicales effectuées à l'Université de Kharkov (1869), Kovalevsky se passionne pour les maladies mentales et nerveuses ; soutenant sa thèse en 1877, il est nommé professeur associé (1877), puis professeur (1884) au Département de psychiatrie de l'Université (172). S'efforçant de poursuivre son étude des troubles mentaux, Kovalevsky se rend plusieurs fois à l'étranger et poursuit son enseignement auprès de Freze et Bekhterev à Kazan, puis Korsakoff à Moscou.

Persuadé de l'importance de la diffusion des innovations en psychiatrie, Pavel Ivanovitch Kovalevsky crée en 1883 le premier journal psychiatrique russe³⁶, *Arkiv psikhatrii, neurologii i sudenoi psikhopatlogii* (*Archives de Psychiatrie, Neurologie et de Psychopathologie légale*) (146), journal qui, il le souhaite :

poursuivra l'étude des anomalies dans la vie nerveuse de l'homme, des maladies, des crimes, des conditions de leur développement et des moyens de les éliminer (172).

³⁶ Le journal cesse de paraître en 1896. Kovalevsky participe également à la publication du *Journal de Médecine et d'Hygiène*, du *Journal Médical Russe*, du *Journal de l'Idiotie et de l'Épilepsie*, le *Journal de la Maladie Mentale* et a coédité une revue psychiatrique européenne en Allemagne pendant 15 ans.

Kovalevsky est nommé doyen de la faculté de l'Université de Kharkov en 1889, puis recteur de l'Université de Varsovie (1892-1897). Des problèmes de santé le contraignent à quitter le monde universitaire en 1897.

De 1903 à 1906, Kovalevsky est nommé médecin-chef du Département de psychiatrie de l'Université de Kazan, avant de devenir médecin-chef du département psychiatrique de l'hôpital Nikolaev de Saint-Pétersbourg (172).

Élève de Freze, Kovalevsky est outré par la maltraitance que subissent les aliénés ; il réorganise l'institution psychiatrique pour régler cette problématique. Kovalevsky ouvre des ateliers de travail, afin d'initier les patients au travail physique, et fait retirer les fers et les chaînes (173). Il critique également les anciens modes de traitement, comme les bains de surprises et les précipitations, du temps :

où certains asiles d'aliénés étaient construits en forme de tours à plusieurs étages. Au pied de la tour, on suspendait un filet sur lequel on précipitait le malade d'une hauteur ; on espérait calmer une crise à l'aide de cette brusque intervention (66).

Dans son *Guide pour la prise en charge correcte des malades mentaux* (1880), il écrit :

Le traitement des malades à l'hôpital doit toujours être humain, doux et patient. Tout d'abord, il est nécessaire de gagner la confiance des patients, et de ne l'acquérir uniquement par une participation chaleureuse, de la patience, un traitement affectueux, l'accomplissement de désirs raisonnables, la volonté de fournir une justice bonne et stricte à tous les patients. Le mensonge, la tromperie et la ruse n'ont pas leur place dans le traitement de ces patients. Ils sont trop sensibles même à l'artificialité et n'aiment pas du tout une personne qui prétend n'être que bonne. [...] De même qu'un bon chirurgien ne sonde une plaie qu'en dernier recours, de même un bon psychiatre ne devrait toucher la plaie mentale d'un patient que pour la recherche. [...] La tâche principale est de donner à cette personne les moyens de continuer à exister, de rendre son indépendance, d'inspirer la confiance de la société [...] (173).

Malgré le conservatisme de ses convictions politiques, Kovalevsky est un matérialiste convaincu, et inspiré par les travaux de Séchenov, qui a toujours considéré positivement l'approche

physiologique du système nerveux central dans l'approche des troubles mentaux.

Le système nerveux central est l'organe de l'activité mentale. [...]
Le centre de la vie mentale consciente est le cortex cérébral.
Toute l'information sur le monde extérieur y est apportée ici et
toute l'information sur l'attitude de notre organisme envers le
monde extérieur par de là. C'est donc le centre de l'interaction du
monde extérieur pour nous et notre monde (173).

Il propose une théorie originale de l'étiologie des troubles mentaux, axée sur les perturbations de l'irrigation cérébrale et du déficit métabolique concomitant (173). Kovalevsky se fait également le défenseur de l'importance de la transmission héréditaire des troubles psychiatriques et de l'influence du milieu (174) : selon lui, la psyché forme l'articulation entre une personne et le monde (173).

Parallèlement à ses activités scientifiques et médicales, Kovalevsky est un penseur du nationalisme russe ; proche des cercles de droite, il participe activement à des organisations nationalistes, comme le *Commissariat des nationalités* (173).

c) *La psychiatrie à Tartu*

L'*Université Dorpat* (175) à Tartu (aujourd'hui en Estonie) est fondée en 1802 (176) suite à un *oukase* du tsar Alexandre Ier : l'université est placée sous influence intellectuelle allemande³⁷ : l'allemand est désigné langue officielle de l'université tandis que la faculté de théologie enseigne la théologie luthérienne. L'usage de la langue allemande utilisée dans le cadre de l'enseignement garantit l'excellence académique de l'*Université Dorpat*, dont la réputation est similaire à celle des universités allemandes.

La faculté de médecine a longtemps été dominée par des professeurs d'origine allemande qui concevaient leur séjour comme une simple étape dans leur carrière, ne cherchant pas à s'intégrer dans le contexte culturel.

³⁷ L'Estonie et la Lettonie ont été christianisé par l'ordre des chevaliers teutoniques au 13ème siècle ; l'Ordre de Livonie, fondé par l'Ordre teutonique, ne survit que jusqu'au 16ème siècle mais, sous la domination polonaise, suédoise puis russe, les populations germaniques locales conservèrent leur place dominante, et ce, jusqu'à la première guerre mondiale. L'empire russe accorda même une certaine indépendance culturelle aux populations allemandes : la langue allemande est ainsi officiellement utilisée, tandis que la primauté de l'église luthérienne est maintenue dans la région estonienne. (Erki Tammiskar, *Political atmosphere in Dorpat in Emil Kraelin's period*, Trames Journal of the Humanities and Social Science, 20 (70/65), n°4, 2016, p. 403).

La clinique psychiatrique de Dorpat ouvre en 1877 et est initialement composée de huit lits de femmes ; structure originellement privée, elle est nationalisée en 1880. Cette même année est décidée de la création d'un nouvel hôpital psychiatrique de 50 places mixtes ; cette nouvelle structure ouvre ses portes en 1881. Si on a tendance à l'oublier aujourd'hui, les études de psychologie expérimentale ont largement profité des travaux pionniers réalisés au sein de cette université (177).

Le professeur allemand Hermann Emmeinghaus (1845-1904), en provenance de l'université de Würzburg en Bavière, occupe, le premier, la chaire de psychiatrie entre 1880 et 1886 (32) : il travaille principalement sur la pathologie mentale chez les enfants et adolescents, mais également sur la question de la délinquance juvénile : considérant l'enfant délinquant comme victime de maladie, il s'oppose aux châtiments et aux sanctions ; il s'agit d'aider plutôt que de châtier (178). Sa monographie *Die psychischen Störungen des Kindersalters* (1887) restera longtemps une référence et un classique (179) : les maladies mentales infantiles sont décrites par Emmeinghaus comme des entités morbides spécifiques, ne pouvant être comparées linéairement aux pathologies psychiques de l'adulte. Il insiste donc sur l'importance de la séparation des spécialités entre psychiatrie et pédopsychiatrie (178). En 1886, Emmeinghaus est nommé professeur de psychiatrie à l'*Université de Fribourg* ; quittant l'*Université Dorpat*, il propose un remplaçant : Emil Kraepelin (1856-1926).

De 1886 à 1890, le jeune Emil Kraepelin est nommé professeur extraordinaire (non titulaire d'une chaire) de psychiatrie (180) (181) à Dorpat. Lors de sa conférence d'introduction, il énonce un discours en rupture avec la pensée psychiatrique alors commune (182). Kraepelin se fait le critique des neuropathologistes, trop imprudent à tirer des conclusions cliniques à partir de leurs recherches histopathologiques. Soulignant que l'échec de la médecine romantique (métaphysique, psychologique) a poussé une part importante de psychiatres à adopter le « matérialisme naïf » de la recherche neuroscientifique ; comme l'écrit Eric J. Engstrom, « Kraepelin rejetait carrément la neuropsychologie, soulignant la nécessité d'étudier ces processus mentaux sans recours à des liens douteux entre les preuves anatomopathologiques et cliniques. Adoptant le parallélisme de son mentor Wilhelm Wundt [...], Kraepelin a cherché à rompre ces liens et à soutenir que l'expérimentation psychologique représentait une stratégie plus prometteuse pour l'étude de l'esprit. Il a fait valoir, parce que Wundt avait transformé la psychologie en science de la nature, que les psychiatres pouvaient désormais l'adopter sans réserve et ainsi placer l'étude des processus psychologiques au premier plan de la recherche psychiatrique » (182).

Le nouveau professeur fait bâtir un laboratoire de psychologie expérimentale au sein de son département afin de mener des programmes de recherche³⁸, et ce, parallèlement à son activité clinique et d'enseignement. Kraepelin s'attelle principalement à étudier les temps de réaction psychologiques de bases et cherche à quantifier divers processus mentaux. Selon Kraepelin, les temps de réaction peuvent fournir d'intéressantes indications à propos des différentes constitutions nerveuses ou des divers troubles sensoriels ; mémoire, association de mots, capacité d'attention et effets de la fatigue (175) seront ainsi étudiés par l'allemand lors de son séjour à Dorpat. L'objectif de ces expériences est de fonder ce que Kraepelin appelle une « psychologie individuelle quantitative » (1895), psychologie capable de saisir les caractéristiques mentales individuelles. À la manière des tests biochimiques en médecine somatique, ces tests autoriseront l'établissement des « *status psychicus* » (1884) et « *status praesens* » (1895) des malades mentaux et, ainsi, faciliteront la construction d'une « cartographie psychologique rapide de l'individu » (1895) (182).

C'est également durant sa période estonienne que l'allemand étudie la psychopharmacologie (paraldéyde, 1884 ; caféine, 1886-1887 ; alcool, 1888, 1889, 1890) (183), réalisant des expériences (effets de l'uréthane et de l'hyoscine comme sédatifs pour les patients agités) pour tester l'utilité des différentes substances (179). En 1892, Kraepelin publie une étude sur l'influence des drogues sur le processus mental, première monographie psychopharmacologique de l'histoire (179).

Durant sa période russe, constatant les limites de la psychologie expérimentale, qu'il juge finalement difficilement applicable à la pratique médicale directe, Kraepelin enclenche une transition vers une approche plus empirique et clinique³⁹ de la psychiatrie (179). Pouvant observer l'évolution des patients sur une longue période, nouveauté pour lui, il affine son regard clinique et commence à développer sa « psychiatrie clinique empirique » (179).

³⁸ Composé originellement de matériels et d'instruments que Kraepelin avait rapporté d'Allemagne, de nouveaux outils sont fabriqués par Kraepelin lui-même, en collaboration avec le machiniste de l'université. L'instrument favori de Kraepelin était le chronoscope de Hipp, mais ce dernier utilisait également un ergographe (afin de mesurer le travail musculaire) et tentait de mesurer la profondeur du sommeil et la pression appliquée à l'écriture. Progressivement, un petit nombre d'étudiant et de confrères virent travailler avec lui sur ces questions de psychologie expérimentale (Eric J. Engstrom, *Emil Kraepelin's inaugural lecture in Dorpat : contextes et legacies*, *Trames Journal of the Humanities and Social Science*, 20 (70/65), n°4, 2016, p. 340).

³⁹ Kraepelin ne parlait pas russe ; il s'entretenait donc avec ses patients à l'aide d'un traducteur. Cette pratique d'entretien particulière est, selon certains auteurs, à l'origine du bouleversement de perspective de sa vision médicale. La communication étant difficile, Kraepelin se serait penché plus avant sur l'étude du comportement et des symptômes. (Cf. H. Steinberg, M.C. Angermeyer, *Emil Kraepelin's years at Dorpat as professor of psychiatry in nineteenth-century Russia*, *History of Psychiatry*, Vol. 12 (47 Pt 3), p. 308. et Maïke Rotzoll, Frank Grüner, *Emil Kraepelin and German Psychiatry in Multicultural Dorpat/Tartu, 1886-1891*, *Trames Journal of the Humanities and Social Science*, 20 (70/65), n°4, 2016, p. 355).

En Estonie, Kraepelin fait éditer la deuxième et la troisième version de son *Traité de Psychiatrie* (180) et commence à élaborer à l'aide de ses collaborateurs la doctrine de la *dementia praecox*, doctrine qui connaîtra le succès qu'on lui connaît. Ainsi, dans ses *Mémoires*, il écrit :

C'est seulement vers la fin de mon séjour à Dorpat que je vis se détacher peu à peu, de la masse des cas pathologiques, les formes qui s'accompagnent d'une démentification plus ou moins rapide. Je les interprétai d'abord au sens de l'hébéphrénie de Hecker. Mon assistant de l'époque, Daraszkievicz, s'intéressait beaucoup à cette question. Il insistait sur le fait que des recherches très précises lui avait montré que ces cas ne correspondaient pas à des états innés de débilité, méconnus par l'entourage – comme on était toujours enclin à le supposer autrefois-, mais à des démentifications indubitablement acquises, d'espèces particulières. Dans une série de cas, je pus me convaincre de la justesse de ses vues (180).

Le séjour russe de Kraepelin est émaillé de difficultés avec les autorités administratives, aggravées par le manque chronique de moyens (76). Considérant de plus en plus son poste comme un « bannissement », Kraepelin est en attente d'un poste en Allemagne (179).

La russification de l'Université⁴⁰ sonne le glas de Kraepelin en Russie. Le tsar Alexandre III, accédant au pouvoir en 1881, est le premier empereur à ne pas signer les privilèges des *Ritterschaften* des provinces de la mer Baltique russe, affirmant *de facto* l'intérêt croissant du pouvoir central dans la gestion des affaires de la région (76).

Des réformes impériales initiées dès 1889 sapent l'autonomie jusqu'alors accordée à l'Université Dorpat, rebaptisée dès lors Université *Jurjev* (1893) ; les doyens et les professeurs ne sont plus élus, mais nommés par le ministre de l'Éducation, nomination validée par le tsar. Des quotas de juifs sont établis et la langue russe devient la langue d'enseignement obligatoire ; Kraepelin, en compagnie de ses confrères allemands Oettingen et Ostwald, quittent l'université (175) pour rentrer en Allemagne. Kraepelin est rapidement nommé à Heidelberg pour occuper la chaire, tant attendue, de psychiatrie. Paradoxalement, si la renommée de Kraepelin en Russie

⁴⁰ Tout au long du XIXe siècle, la question nationale se réveille au sein de l'empire russe ; la question des nationalités pousse l'autorité impériale à promouvoir une russification progressive, en établissant le russe comme langue officielle, y compris à l'Université Dorpat, et en fixant certaines limites à la liberté religieuse. L'objectif de cette russification était de moderniser le pays en l'uniformisant culturellement, législativement et religieusement. La minorité allemande des pays baltes voyaient d'un mauvais œil ces réformes qui remettaient en question leur domination sur les populations estoniennes et lettonnes (Erki Tammiskar, *Political atmosphere in Dorpat in Emil Kraepelin's period*, *Trames Journal of the Humanities and Social Science*, 20 (70/65), n°4, 2016, p. 404).

est importante, elle ne sera pas secondaire à sa période d'enseignement à Dorpat. Ses écrits seront traduits en langue russe longtemps après son départ ; aucun de ses élèves n'occupera de postes scientifiques d'importance. Si l'ensemble de ses travaux n'ont pas d'influence déterminante sur le développement de la discipline en Russie, Kraepelin sera secondairement reconnu pour ses travaux sur la psychologie expérimentale et la classification des pathologies psychiatriques (184).

Le successeur de Kraepelin est désigné le 1er juin 1891 ; il s'agit de Vladimir Fryodorovich Chizh (1855-1922) (185).



Figure 21 : Vladimir Fryodorovich Chizh (1855-1922)

Diplômé de l'Académie militaire de Saint-Pétersbourg en 1883 (186), élève de Merjeyevski formé en même temps que Bekhterev, il effectue un voyage d'études (1884-1885) en Europe occidentale pour étudier auprès des grands noms de la psychiatrie européenne : W. Wundt, J.-M. Charcot, P. Flesching, J. Delboef, A. Vulpain (186). De retour en Russie, il entre en poste à Saint-Pétersbourg comme médecin-chef de l'hôpital municipal et est chargé des cours de psychopathologie légale. Chizh est ensuite nommé professeur de psychiatrie et de psychologie physiologique à Tartu. Poursuivant le travail initié par Kraepelin⁴¹, il conserve son laboratoire

⁴¹ Chizh semble avoir été moins apprécié par les étudiants, témoigne ce témoignage d'un élève de Kraepelin puis de son successeur, Vikentij Veresaev : « Parmi les plus éminents, Émile Kraepelin, un jeune homme de plus de trente-cinq ans, était déjà célèbre professeur de psychiatrie. [...] Plus jeune, en tant qu'élève, j'ai assisté à deux ou trois de ses conférences cliniques [...]. Il y avait un patient malade mental présent. Kraepelin a commencé à poser des questions au patient, tout en le surveillant attentivement, et là, au même moment, avec nous tous, toute l'image de la maladie s'est ouverte comme une œuvre d'art précieuse. La description finale, formulée par le professeur, résumait toutes les questions données au patient, ce qui permettait aux étudiants de dégager une image logique et caractéristique de la maladie. Tout semblait si simple que même une étrange question se posait : qu'est-ce qui est si spécial dans tout cela ? Et seulement quand un homme nouveau [Vladimir Chizh] est devenu professeur pour le remplacer, j'ai compris le talent de Kraepelin. Chizh s'agit sur un patient, donne un nombre énorme de questions stupides de sorte que sa tête est étourdie ; la manifestation se termine, mais l'image finale de la maladie est aussi obscure qu'au début. (Erki Tammiskar, *Political atmosphere in Dorpat in Emil Kraepelin's period*, Trames Journal of the Humanities and Social Science, 20 (70/65), n°4, 2016, p. 405.

de psychologie ; considéré en Russie comme l'un des fondateurs de la psychologie expérimentale (185), Chizh s'engage dans des domaines de recherches variés, mais c'est l'étude de l'anthropologie criminelle qui engagera une partie importante de ses travaux (186). Chizh reste en poste jusqu'en 1916.

D. La psychologie dans la Russie impériale

1. Les précurseurs

a) Les pionniers

Comme ailleurs, la jeune psychologie russe est à la frontière des sciences dures, de la philosophie et de la pédagogie. Parmi les pionniers de la psychologie nationale, les Russes citent deux figures principales : M.V. Lomonosov et A.N. Raditchtchev.

M.V. Lomonosov (1711-1765), figure évoquée précédemment, est un des premiers scientifiques russes de haut niveau ; mathématicien, physicien, linguiste, philosophe progressiste et pédagogue laïque, il se fait l'adversaire de l'idéalisme en science. Convaincu de l'importance de la potentialité humaine, il défend la liberté scientifique et cherche à favoriser l'accès aux études à la population dans son ensemble ; Lomonosov souhaite ouvrir des écoles accessibles à toutes les classes sociales, dont l'enseignement serait en russe contrairement à l'esprit cosmopolite sévissant alors dans l'élite (78).

A.N. Raditchtchev (1749-1802) est une personnalité plus politiquement engagée. Influencée par la philosophie française du XVIII^e (187) il joue un rôle de premier plan dans la conception de la psychologie historico-culturelle russe. Insistant sur l'importance de la science et du sport dans l'éducation, Raditchtchev indique qu'une éducation digne de ce nom doit intégrer la nature sociale de l'homme dans son processus : on ne peut éduquer un homme sans appréhender les conditions de vie créées par la société, conditions qui influent directement sur les capacités et les particularités individuelles. Cette éducation ne pourra se réaliser qu'en exerçant ces capacités individuelles dans la lutte en faveur de la transformation des conditions de la vie sociale, ayant pour objectif la réalisation d'une société nationale et populaire ; ce n'est que dans une telle société que les hommes trouveront les conditions de vie conformes à sa nature sociale, conditions nécessaires à son épanouissement (78).

b) Psychologie et pédagogie

Au XIX^e siècle, la psychologie russe est largement influencée par le courant pédagogique et éducatif.

V. G. Biéliniski (1811-1848), critique littéraire s'engageant dans le mouvement démocratique, et A. I. Herzen (1812-1870), père du socialisme populiste russe, insistent tous deux sur l'importance de l'éducation pour la formation d'hommes sains (78), assignant à l'éducation des buts sociaux et politiques.

Héritiers de cette tradition, A. G. Tchernychevski et N. A. Dobrolioubov sont confrontés, comme leurs aînés, à la question paysanne, et à une nouveauté : la situation catastrophique de la condition féminine et enfantine. Comme l'écrit Angiola Massucco Costa, « à cette époque on eut recours à la psychologie pour résoudre un grand nombre de questions concernant les changements de mœurs et les nouvelles nécessités que comportait la vie sociale. Il ne s'agissait pas encore de psychologie expérimentale, mais d'un ensemble d'observations et de notions » (78).

N. G. Tchernychevski (1828-1889) s'attelle à étudier la question féminine ; il reconnaît aux femmes la capacité et le droit à l'instruction. La place qu'occupe la femme dans la société russe, défend-il, n'est pas structurelle, mais circonstancielle ; ainsi :

La femme a eu jusqu'ici un rôle insignifiant dans la vie intellectuelle, parce que ses maîtres lui ont enlevé les moyens de se développer et le motif pour le faire (78).

Tchernychevski traite également de questions pédagogiques : il indique que l'éducation doit débiter de bonne heure, prenant en compte les sentiments esthétiques, moraux, intellectuels et psychologiques des enfants. Pour Tchernychevski, il est impératif de ne pas mettre au travail les enfants sans une préparation scientifique préalable sans quoi il deviendrait un moyen d'exploitation (78).

N. A. Dobrolioubov (1836-1861), critique littéraire dont la disparition prématurée n'entachât point l'influence, s'intéresse aux processus évolutifs de la mentalité infantile ; selon lui l'éducation doit nécessairement s'adapter à la plasticité de l'enfant (78).

Les figures citées ci-dessus ne se sont intéressées à la psychologie et à la pédagogie qu'en passant, le véritable fondateur de la psychopédagogie russe est C. D. Ouchinsky (1823-1871) (188) : comme l'écrit l'un de ses disciples, Modzalevsky, « si Lomonosov est le savant russe par excellence, Souvozov, le stratège, Pouchkine, le poète national et Glinka le musicien de génie, Ouchinsky incarne les idées du XIX^e siècle sur l'éducation » (188).

La jeune psychologie russe est également influencée par les travaux de Séchenov, travaux qui révolutionnent la recherche scientifique nationale ; si *Les réflexes du cerveau* est censuré, l'ouvrage est le point de départ d'une nouvelle orientation dans l'étude des processus psychiques. Au tournant du XX^e siècle, d'autres savants s'engagent dans la voie tracée par Séchenov de l'expérimentation appliquée au domaine de la psychologie. Ainsi, V. M. Bekhterev fonde son laboratoire de psychologie en 1885 et s'intéresse à la réflexologie qu'il introduit dans le domaine de la psychiatrie, G.I. Rossolimo travail sur la question des profils psychologiques (133), N.N. Lange (1858-1921) (189) étudie les modalités de l'approche objective en psychologie (78).

2. Courants idéaliste et objectiviste dans la psychologie russe

a) Idéalisme et objectivisme en psychologie

Face à cette envolée de l'approche objectiviste en psychologie, le courant idéaliste s'organise. Une revue, *Questions de philosophie et de psychologie (Voprossy Filosofii i Psikhologii)*, est créée dans laquelle les recherches expérimentales en psychologie sont incorporées à la spéculation philosophique au moyen de procédés introspectifs, propres à servir la pensée idéaliste.

Le chef de file de ce courants est Tchelpanov, adversaire radical de l'orientation objective (78). Fondateur d'un *Institut universitaire de psychologie* à Moscou peu avant la Première Guerre mondiale, il engage des débats avec les partisans de la psychologie objective et avec les pédagogues qui s'inspirent de leurs travaux.

Face à cet institut moscovite de psychologie idéaliste, une *École de Psychologie expérimentale* est créée à Pétersbourg. Dirigée par A. P. Nétchaïev, l'école favorise l'étude de l'application de techniques quantitatives aux problèmes psychologiques et éducationnels (78).

b) Les conflits entre écoles, les Congrès russes de Psychopédagogie

Au tournant du XX^e siècle et jusqu'à la révolution de 1917 se tiennent plusieurs *Congrès russes de Psychopédagogie* (1906, 1909) - qui prendront secondairement le nom de *Congrès de Psychologie expérimentale* (1910, 1913, 1916) (78) - qui seront le théâtre de l'affrontement entre les deux approches rivales en psychologie.

Organisés par les grandes figures de la psychologie, on peut, comme l'écrit Angiola Massucco Costa, « y distinguer quatre orientations principales correspondant aux quatre écoles de cette époque, deux à Moscou, deux à Pétersbourg. Ces quatre courants sont issus des travaux du laboratoire de Netchaïev, psychologue expérimentale matérialiste ; de l'*Institut de Neuropsychologie* de Pétersbourg, dirigé par Lazourski, psychologie fonctionnaliste prérévolutionnaire ; de l'*Institut de Psychologie* de l'Université de Moscou, dirigé par Tchelpanov, psychologie idéaliste ; de l'*Institut de Neuropathologie* de Moscou, dirigé par Rossolimo, technicien abstrait de la psychologie » (78).

Le premier congrès se tient en 1906, au lendemain de la révolution de 1905. Porté par l'enthousiasme postrévolutionnaire, le congrès apparaît « à beaucoup comme une importante conquête culturelle, rendue possible par la première révolution, un pas en avant dans la lutte pour une éducation basée sur la science, une initiation aux méthodes pédagogiques liées étroitement à ces deux problèmes : aider les jeunes générations à tirer parti des nouvelles conditions d'existence et à se former plus rationnellement » (78). N. N. Lange et V. M. Bekhterev abondent largement dans ce sens.

Ces prises de position sont attaquées par les psychologues idéalistes lors du congrès, aboutissant « à une opposition marquée entre la tendance scientifique et technique, et la tendance philosophique et empirique. La première soutenait l'utilité de développer la recherche expérimentale, même si au début elle ne pouvait porter que sur des comportements très simples, d'évaluer les différences psychologiques individuelles en données quantitatives, et d'appliquer ces résultats à la méthodologie didactique. La seconde estimait qu'il était nécessaire de réorganiser la recherche psychologique sur des bases qualitatives, en s'abstenant de la mettre au service de la pratique ou d'effectuer des expériences pédagogiques » (78).

L'évolution sociétale de la Russie postrévolutionnaire de 1905 déçoit certains participants ; le second congrès (1909) est marqué par la perte de l'enthousiasme premier et l'apparition de volontés plus radicale de changements. Parallèlement à cette radicalisation, le second congrès marque le retour en force de l'école idéaliste ; Tchelpanov réussit, après des discussions animées, à faire accepter sa thèse selon laquelle « l'idéalisme peut se concilier avec la recherche expérimentale » (78).

Critiquant l'approche expérimentale et "objective", Tchelpanov milite pour le retour aux procédés introspectifs répondant aux recherches philosophiques : s'il reconnaît l'intérêt pour une telle introspection d'être guidée par l'expérimentation, il convient qu'elle ne doit pas être livrée totalement à cette dernière. Tchelpanov souligne l'hypocrisie de ses adversaires qui, bien souvent, utilisent dans leurs expérimentations des données introspectives apportées par les sujets ; seule l'auto-observation, conclut-il, peut être valable comme base de recherche en psychologie.

Les tensions nées du Ier Congrès se ravivent et certains, derrière Lange et Vinogradov, élève de Bekhterev, défendent l'importance de maintenir une approche expérimentale en psychologie. « Ces congrès posèrent, sans toutefois les résoudre, beaucoup de problèmes de la recherche psychologique, de l'interaction de la psychologie et de la pédagogie, des tâches et des méthodes de la psychopédagogie [...]. C'est pourquoi on ne peut considérer les adversaires de ces débats [...] comme des représentants qualifiés d'orientation idéaliste et de l'orientation matérialiste. Même Nétchaïev avait une vision erronée des problèmes de la psychologie, et Tchelpanov n'avait pas tort quand il lui reprochait un empirisme aveugle et unilatéral. Toujours est-il qu'il ne repoussait pas en réalité la "métaphysique", mais toute base théorique de recherche, ce qui l'excluait de la vision matérialiste marxiste. Son véritable apport réside dans la tentative de rattacher la recherche expérimentale psychologique à la pratique. Ce qui lui donne un avantage sur les autres c'est l'orientation scientifique de sa psychologie, qui répondait beaucoup mieux que les abstractions de Tchelpanov aux exigences scientifiques de son époque » (78).

3. L'hypnose en Russie impériale

a) *Les origines*

On retrouve dans l'histoire de la Russie une forte imprégnation de chamanisme (190). Le terme chamane est introduit en Europe au début du XVIIe siècle à partir des récits de marchands et d'explorateurs qui reviennent de Sibérie. Ils relatent avoir été témoins d'étranges cérémonies dans lesquels les protagonistes, vêtus de tenues traditionnelles élaborées et coiffés de grands andouillers, dansent au rythme effréné des tambours jusqu'à entrer en transe. Une fois plongés dans cet état, ces hommes prédisent l'avenir et communiquent avec les esprits.

En 1705, le diplomate hollandais à la cour du tsar, Nicolas Witsen, fait représenter un de ces individus, un chaman sibérien tungu. Le terme de *chamane*, qui sera utilisé en Europe, provient de cette langue tungue (191).

Les chamanes sibériens, en plus de la capacité d'entrer en transe, guérissent les malades, modifient la météo, dirigent les déplacements des animaux sauvages, et occupent un rang social important ; l'un d'entre eux, Kōkōchi, utilisait ses prophéties au service du grand Gengis Khan (191).

Recrutés après une première crise de possession spontanée, l'impétrant-chamane tungu débute une longue initiation auprès d'un chaman expérimenté (190) qui lui apprend son savoir. « Le chaman, écrit Mircea Eliade, s'avère irremplaçable dans toute cérémonie qui touche aux expériences de l'âme humaine comme telle, comme unité psychique précaire, encline à abandonner le corps et proie facile des démons et des sorciers. C'est pourquoi [...] le chaman remplit la fonction de médecin et de guérisseur ; il formule le diagnostic, il recherche l'âme fugitive du malade, la capture et lui fait réintégrer le corps qu'il vient de quitter. [...] Guérisseur et psychopompe, le chaman l'est parce qu'il connaît les techniques de l'extase, c'est-à-dire parce que son âme peut abandonner impunément son corps et vaguer à de très longues distances, pénétrer aux Enfers et monter au Ciel » (190). Ces états de trances sont décrits par Jean Clottes et David Lewis-Williams, comme une des diverses façons de modifier [la] conscience et d'accéder à un état d'extase. Le chamanisme n'est que l'une des circonstances où, à travers les âges, les hommes ont induit, manipulé et exploité les états profonds de conscience altérée » (191).

La christianisation des terres russes ne marque pas la fin de la tendance slave au mysticisme. On nomme ainsi *hésychaste* le moine qui après avoir vécu une vie monachique en communauté, s'astreint à une solitude contemplative dans une cellule ou lors d'une retraite (192). Par la méthode d'oraison, certains moines athonites peuvent tendre vers le recueillement intérieur absolu pour ressentir la vision de la lumière divine (192). Comme le précise H. Roscanu, « le mot grec *hsuxia* (hésychia) signifie ‘calme, paix, sérénité, silence, recueillement, quiétude, la marque d'un intérieur unifié’. Pour résumer lapidairement, on peut dire que l'hésychasme est la prise de conscience que ‘le Royaume de Dieu est au-dedans de vous’ (Lc 17,21). La méthode de prière, centrée sur l'invocation du Nom de Dieu, et plus particulièrement le Nom de Jésus, la posture corporelle, le chapelet de laine, ne sont que des supports pour chercher à ‘libérer le dynamisme de l'Esprit enfoui dans le cœur humain’. L'essentiel est de ‘demeurer devant Dieu, avec l'intellect dans le cœur, et de continuer à se tenir ainsi devant lui, sans cesse, jour et nuit, jusqu'à la fin de sa vie’. L'hésychasme représente le cœur intime de la spiritualité orthodoxe, le choix de ‘la meilleure part’ (Lc 10,42), la réponse au commandement ‘quand tu veux prier, entre dans ta chambre’ (Mt 6,6), la chambre du cœur, le centre unifiant de l'être. Le mot de l'Apôtre ‘Priez sans cesse’ (1 Th 5,17) devient ainsi un but réaliste » (193). Les moines, écrit Gustave Welter, retiennent leur respiration « le plus longtemps possible et [rèpètent] indéfiniment : « Seigneur Jésus-Christ, Fils de Dieu, ayez pitié de moi », le menton appuyé sur la poitrine et les yeux fixés sur le nombril ; le ventre étant le siège de l'âme, l'hésychaste, dans son extase, parvenait à trouver le royaume de Dieu caché au-dedans de son corps et voyait alors briller la lumière dont avait resplendi le Christ sur le mont Thabor, au jour de la Transfiguration » (194).

Comme on le voit, on retrouve dans l'histoire profonde de la Russie une inclinaison pour des pratiques de conscience modifiée, inclinaison qui facilita l'infiltration dans la pensée médicale de la question de l'hypnose telle qu'elle est posée en Occident.

b) Le magnétisme animal et la Russie

La polémique autour du magnétisme animal de Franz-Anton Mesmer touche la France, mais connaît également des répercussions dans la Russie impériale (195).

Si le magnétisme animal est en perte de vitesse durant le moment révolutionnaire, il vit un

véritable renouveau sous l'Empire et la Restauration. Après la fin de l'empire napoléonien, les troupes russes occupent Paris : le tsar Alexandre Ier se rend dans la capitale française et s'entoure des magnétiseurs à la mode : le marquis de Puységur et Nicolas Bergasse (196), ancien patient de Mesmer au début des années 1780 (197).

En 1815, le tsar Alexandre Ier nomme une commission d'expert afin d'évaluer cette pratique. La commission russe, dirigée par le docteur Stoffreggen, premier médecin de l'empereur, et contrairement aux commissions françaises, ne condamne pas le magnétisme animal et conclut que le magnétisme est un agent réel, mais devant être manié uniquement par des médecins instruits. Près de Moscou, le comte Nikita Ivanovitch Panin (1770-1837), ancien ministre des Affaires étrangères de Catherine II, organise sur ses terres des traitements magnétiques sous la direction d'un médecin (198). Ayant participé au complot qui organisa l'assassinat du tsar Paul Ier, il est exilé sur ses terres par Alexandre Ier ; c'est au cours de son exil qu'il s'intéresse au magnétisme animal et rédige un *Abrégé de la pratique du magnétisme animal au XVIIIe et au XIXe siècle* (198) en 1821.

c) *L'hypnose en Russie impériale*

En 1882, Jean-Martin Charcot présente une communication à l'Académie des Sciences de Paris afin d'appuyer sa candidature ; *Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques*, marque les débuts de la reconnaissance scientifique de l'hypnose (199).

La médecine russe n'attend pas la consécration du parisien pour s'intéresser à l'hypnose. Un avant la présentation de Charcot deux médecins d'Odessa, O. O. Mochutkovsky et B. A. Oks rendent compte de leurs expérimentations hypnotiques sur des patients hystériques, *Sur l'excitation des centres moteurs du cortex cérébral dans un état hypnotique* (199), apportant des manifestations identiques à ceux rapportés par Charcot, Ribot et Binet (erreurs de perceptions, doubles personnalités) (200). À Kazan, I. V. Godnev mène des expériences sur l'hypnose, pendant qu'à Moscou les psychiatres A. A. Takorsky et G. I. Rossolimo rédigent des rapports sur la question pour la *Société Psychologique*, accompagnées de démonstrations. Élève de Tarkorsky, P. P. Podiapolsky étudie les liens existant entre hypnose et sommeil, tandis que S. D. Danillo, M. N. Nevsky, V. E. Rojnov, A. N. Klochko comparent la transe hypnotique à divers effets pharmacologiques (200).

Jean-Martin Charcot, exerçant une influence majeure sur la neurologie et la psychiatrie russe, initie ses élèves russes à l'hypnose, technique qu'il utilise depuis les années 1880. Vladimir Bekhterev se forme ainsi à l'hypnose chez le maître de la Salpêtrière et établit un lien entre l'hypnose et les transes chamaniques russes (201).

Lors du premier congrès international d'hypnotisme qui se tient à Paris (1889) (110), plusieurs Russes sont présents ; aux côtés de Bekhterev, V. Ya Danilevsky de Kharkov, souhaitant clarifier le mécanisme biologique et physiologique de l'hypnose, présente un rapport sur les expériences hypnotiques menées sur divers animaux (du lapin à l'écrevisse) (200).

La première école de formation en hypnose russe est ouverte à Sartov par le psychiatre M. P. Kutanin en 1891, A. A. Tokarsky, qui en 1888 publie *Hypnotisme et suggestion*, son premier ouvrage, propose le premier "*Cours d'hypnose et de psychologie physiologique*" à l'université de Moscou (202).

En France, lorsque l'hypnose perd de son attrait à la mort de Charcot, seul Pierre Janet poursuit son étude sur la question, sujet qu'il considère comme d'ordre psychologique. Lors d'un congrès sur l'hypnose, Janet rencontre Ivan P. Pavlov ; les deux hommes se lient d'amitié, et entretiennent un échange épistolaire sur la question de l'hypnose : Pavlov, face au psychologisme de Janet, essaye de démontrer son hypothèse neuro-biologique (201).

L'hypnose médicale connaît une grande diffusion au sein de la médecine russe au tournant du XXe siècle (203). Utilisés dans les cas d'alcoolisme au sein de dispensaires créés à cet effet dans l'ensemble du pays, les savants russes rapportent une efficacité de 50 % des thérapies hypnotiques dans cette indication ; l'hypnose est présentée comme une thérapeutique novatrice et scientifique, fille des Lumières (203) :

L'hypnotisme moderne se développe de front avec la psychologie expérimentale et la psychiatrie [...]. Dans un avenir proche, il aura dépouillé chez nous ce qu'ils gardent encore de superstitieux et de mystérieux et deviendra définitivement une des branches du grand arbre des sciences médicales. [...].

Les médecins qui s'occupent de l'hypnotisme peuvent même par là lutter, d'une manière plus ou moins indirecte, contre la superstition, dont par défaut d'instruction, est affligée la grande majorité du peuple (203).

Oscar Orbitsky, hypnotiste russe, rapporte (1904) la fréquence de l'hystérie dans les populations rurales, expliquant l'importance de la suggestibilité et des croyances magiques dans le pouvoir des sorciers et autres jeteurs de sorts dans les zones arriérées du pays (203). Le rôle du médecin est d'éduquer les masses suggestibles, armé de l'hypnose médicale et scientifique :

L'hystérie [...] est très répandue dans la population russe. Or les hystériques vivent au milieu de toutes ces superstitions, elles manquent d'instruction, leur imagination malade trouve dans tous les préjugés un aliment puissant pour l'autosuggestion. [...]. Les médecins, qui sont en contact, doivent connaître à fond les phénomènes de la suggestion et de l'hypnotisme. C'est à eux que s'impose le devoir de répandre dans la population des notions exactes et de combattre les superstitions entretenues par l'ignorance (203).

Un journal de niveau universitaire est fondé par les professeurs Bekhterev et Serebrenkoff, *Le messager de la psychologie ; de l'anthropologie criminelle et de l'hypnotisme*, qui traite en grande partie des questions relatives à l'hypnose (203). Vladimir Bekhterev fait paraître *La suggestion et son rôle dans la vie sociale*, ouvrage traduit en français en 1910 (204) : décrivant les mécanismes et les effets de la suggestion, Bekhterev applique également ses observations aux phénomènes sociétaux, soulignant l'importance des phénomènes suggestifs dans un nombre varié de cas, comme les actions de foi, les illusions et hallucinations collectives, les rêves prophétiques, les épidémies religieuses, les paniques humaines, les spéculations financières, etc., et n'hésite pas à critiquer les autorités en place.

Partout en Europe, la Première Guerre mondiale sera l'occasion pour les praticiens de pratiquer l'hypnose sur les traumatisés de guerre (205). En Russie, Smirnoff traite les syndromes post-confusionnels par suggestion hypnotique (1917). P. P. Podiapolsky propose d'utiliser l'hypnose comme test diagnostique afin d'identifier les cas de névroses de guerre (206).

Le neurologue Nicolas Vladimirovitch Dahl (1860-1939), ancien stagiaire auprès de Charcot à Paris, et de Liébeault et Bernheim à Nancy, développe une hypnose dans la lignée des pratiques françaises (201). Médecin des artistes russes, Dahl a pour patient le plus célèbre Sergueï Rachmaninov. Le compositeur, âgé de 24 ans en 1897, plonge dans une profonde dépression

après l'échec de la première représentation de sa *Première symphonie* (1897) (dirigée par le chef d'orchestre Alexandre Glazounov, manifestement ivre), et avoir vu son mariage avec sa cousine interdit par l'Église orthodoxe. Entre janvier et avril 1890, il consulte quotidiennement Nicolas Dahl qui pratique des séances d'hypnose sur son patient. Guéri, Rachmaninov arrive à se remettre au travail et termine finalement la composition de son *Deuxième concert pour piano* (1901) (207).

S'exilant en 1925 pour fuir le communisme, N. V. Dahl finit sa vie à Beyrouth en 1939.

De leur côté, Pavlov et Bekhterev poursuivent leurs travaux après la prise de pouvoir des *bolcheviks*, permettant de poursuivre l'utilisation de l'hypnose en U.R.S.S.

E. Politique et psychiatrie

1. La psychiatrie et la défense de la société

a) Les causes de la Folie. Psychiatrie et conservatisme

La dispute scientifique autour de l'étiologie de la folie se voit fortement politiser au tournant du XIX-XXe siècle ; les facteurs exogènes retrouvés dans la pathologie mentale sont à l'origine d'une mise en garde de la part des psychiatres qui avertissent la société du danger qu'elle court, et ce, quelle que soit leur orientation politique. Les futures constructions biopsychologiques des déviants sociaux pensées par les soviétiques trouvent en réalité leurs origines dans « les efforts des libéraux tsaristes pour identifier et contenir le crime et les troubles sociaux qui ont accompagné la modernisation de la Russie [...]. À la fin de la période impériale, les sciences humaines ont commencé à catégoriser les individus qui représentaient une menace biopsychologique, un "danger social" pour l'ordre établi. Dans le sillage de la révolution, ces idées se sont radicalisées sous l'impact du marxisme soviétique pour générer des accusations contre des groupes sociaux et des classes entières » (208).

Le journal russe *Novstoi* publie, en 1866, des statistiques sur les cas de suicides et d'aliénations mentales : en dix ans, les chiffres ont doublé dans les maisons de santé de Saint-Petersbourg ; les conditions de vie difficiles et les données économiques sont présentées comme les causes de cet emballement (183).

Les causes externes favorisant la folie sont, au cours du XIX^e siècle, largement désignées comme étant à l'origine d'épidémies de troubles mentaux. Dans sa communication du 25 décembre 1885 devant la *Société des aliénistes* de Saint-Pétersbourg, le Dr Hertenstein rapporte le résultat de ses recherches sur les statistiques des maladies mentales en Russie ; regrettant l'absence d'un organisme permettant de fournir des chiffres sûrs, il propose une approximation statistique, à travers l'étude des comptes rendus du département des conscrits : il rapporte une incidence de 9,72 %, relativement stable dans le temps (oscillant entre 9,58 % et 10,04%) des troubles mentaux. Hertenstein explique la relative constance des troubles mentaux par le fait que le peuple russe soit exposé à une série de causes constantes, déterminant un nombre relativement invariable de maladies de dégénérescence (210).

La fin du XIX^e siècle est le terreau sur lequel poussent nombre de contestations. La modernisation de la société pousse les intellectuels à penser les nouvelles déviances.

Organisée autour des concepts de dégénérescence (*vyrozdenie*) et de régénération sociale (*ozdorovlenie*), cette nouvelle pensée en sciences humaines russe puise dans les travaux des médecins et des criminologues l'idée de l'importance de l'hérédité et de l'environnement dans la déviance sociale. Ce constat justifie l'élaboration de stratégies de prophylaxie sociale, impliquant des méthodes coercitives et répressives. Selon Daniel Beer (96), on retrouve ici, la naissance de l'action autoritaire étatique comme réponse aux menaces de décomposition sociale, « voie unique de dépassement des blocages économiques et politiques du pays » (211). Méthodologie que feront sienne les *bolcheviks*, une fois leur prise de pouvoir effective en 1917. Comme l'écrit Daniel Beer, « les praticiens libéraux dans le domaine des sciences humaines en Russie » ont fourni un outillage théorique de la « coercition modernisatrice » (96), coercition que mettra en place l'État *bolchevik*, à travers l'idéologie révolutionnaire.

La réforme judiciaire de 1864 offre aux médecins une autorité nouvelle : dès lors, « "l'expert scientifique", écrit E. Becker, est généralement considéré comme une figure transnationale, qui représente l'incarnation d'une expertise neutre dans une arène juridique par ailleurs litigieuse ou politiquement chargée » (212). Cependant, cette autorité "scientifique", pensée comme neutre, va rapidement se confronter au pouvoir politique rival. « En Russie, poursuit Becker, le médecin expert lui-même est devenu politiquement chargé, et a représenté une source concurrente d'autorité dans une culture politique autocratique. [...] L'autorité sociale de la science dans le cadre de la structure juridique réformée, l'expertise médico-légale représentait une double menace pour une autocratie traditionnellement jalouse à la fois de son monopole

sur la tutelle administrée par l'État et du pouvoir intrinsèque du droit. Cette menace était particulièrement prononcée dans le cas de la psychiatrie légale. Alors que les notions médicales de la folie s'élargissaient et devenaient plus déterministes au cours du XIXe siècle, les médecins ont ouvertement contesté les vues autocratiques de la criminalité et du maintien de l'ordre social. Par conséquent, le rôle médico-légal du médecin s'est empêtré dans les intérêts politiques entourant la réforme juridique et s'est engagé dans de multiples programmes sociaux, professionnels et politiques. [...] La prétendue neutralité des idées et des méthodes scientifiques et, par extension, les formes d'intervention civique qu'une telle expertise technique pourrait impliquer permettaient également aux médecins de légitimer leur activisme social et politique » (24).

Fondée en 1804 sur l'ordre du tsar Alexandre I^{er}, l'Université de Kharkov s'intéresse de façon originale à la question médico-légale : comme l'écrit Louise McReynolds, « Kharkov accueillait l'un des réformateurs les plus agressifs du système juridique » (145) russe : le professeur de droit L. E. Vladimirov (213).

En 1869 avec sa thèse portant "*Sur l'importance des médecins experts en jurisprudence pénale*" (24), Vladimirov s'engage dans la défense du rôle de l'expert médical dans les procès, rôle attaqué par leurs adversaires. Partisan du rôle de la science comme guide du réformisme – lui-même ayant validé un cursus de science en 1866 (24) - il appelle à une importance et une fonction élargie du médecin dans l'amélioration du fonctionnement des tribunaux. « Il a cherché, écrit Elisa M. Becker, à améliorer, et donc à sécuriser, les nouvelles institutions judiciaires en rétablissant et en actualisant le rôle [...] du médecin [lui offrant] une sphère d'autorité autonome qui était à l'abri de toute contestation ou évaluation externe et qui avait un poids obligatoire dans la prise de décisions juridiques » (24).

J'ai été le premier à introduire la pensée que l'expert n'est pas un témoin, mais un juge scientifique du côté particulier du dossier [...] et conformément, son statut dans ce processus et ses droits devraient être précisés et élaborés (24).

Une fois nommé professeur de droit, il devient un théoricien majeur des procédures pénales. S'intéressant aux travaux de la psychiatrie internationale, Vladimirov est influencé par le psychiatre français Prosper Desprine, le psychiatre et philosophe anglais Henry Maudsley et le psychiatre et sexologue autrichien Richard von Kraft-Ebing (145). Dès 1877, Vladimirov

défend que l'investigation judiciaire doive :

ne pas faire seulement attention aux capacités mentales de l'accusé et des circonstances du crime, mais également aux données anthropologiques de sa vie, et des raisons organiques de sa dégénérescence (145).

Il se fait le défenseur de l'idée de dégénérescence (*vyrozdenie*) de Morel face à l'université de droit moscovite qui rejette, par l'intermédiaire du Dr S.I. Barshev, son doyen, les explications physiologiques et médicales du comportement humain (145), préférant la notion de libre arbitre à la croissante explication scientifique. Lors d'une affaire judiciaire, Vladimirov présente le concept de « folie temporaire » pouvant expliquer certains actes : pour ce faire Vladimirov sollicite l'aide de son confrère à l'université, le professeur de psychiatrie Pavel Ivanovich Kovalevsky.

La théorie de Morel (1857), défendue par un nombre important d'universitaires⁴², voit pourtant son expansion favorisée par sa similitude avec la théologie chrétienne : les péchés du père sont répercutés chez les enfants (145).

En janvier 1887 se tient à Moscou le premier *Congrès de psychiatrie* national, présidé par le Pr Merjeyevski (31), réunissant 440 médecins, dont 86 psychiatres (32). Le Congrès, organisé par les aliénistes du pays, est soutenu et financé par le gouvernement, qui en avait validé en 1885 le principe (214).

Les plus grands noms de la psychiatrie nationale d'alors se réunissent dans ce qui marque une étape importante dans la constitution du savoir psychiatrique et de son organisation. Le règlement du congrès autorise la participation à tous les professeurs de psychiatrie, aux médecins des asiles ainsi qu'à tous ceux qui, par leurs services, ont des relations directes avec les patients ; le congrès est une réussite, réunissant 605 participants (214). De nombreuses questions sont évoquées tels le fonctionnement des hôpitaux, le statut juridique des malades mentaux, l'éducation des enfants présentant un retard mental. Les membres du congrès se

⁴² Citons pour exemple, l'intervention du Pr Isaak Orshanski de l'Université de Kharkov, qui, lors du premier *Congrès d'éducation publique* (1914), présente un rapport sur *L'hérédité et la dégénérescence*, et appelle à adopter « une résolution spéciale sur la lutte contre la criminalité, le suicide, la déficience et la dégénérescence chez les enfants », permettant de fonder des écoles spécialisées pour la formation des "enfants handicapés". Cité par Nikolai Kremontsov, *Eugenics in Russia and the Soviet Union*, dans *The Oxford Handbook of The History of Eugenics*, Edited by Alison Bashford, Philippa Levine, Oxford University Press, 2010, p. 414.

penchent également sur la problématique de l'alcoolisme, problème épineux en Russie (215) ; on réfléchit sur la délivrance de traitement au sein d'instituts dédiés (104). Le vaste programme du Congrès est composé de huit parties :

I : L'assistance des aliénés :

a) L'organisation des asiles d'aliénés de l'État, des gouvernements locaux (*Zemstvos*) et des personnes privées.

b) Le régime des aliénés gardés dans les familles et le patronage des aliénés convalescents.

II. L'administration des asiles d'aliénés.

III. La surveillance exercée en cette matière par l'État.

IV. Les principes du régime et des traitements des aliénés dans les asiles : a) La distribution des aliénés en différentes catégories ; b) le système du *no-restraint* ; c) le mode de la surveillance des aliénés ; d) leur régime alimentaire ; e) l'application de quelques méthodes spéciales au traitement des aliénés.

V. La législation des aliénés : a) la critique des lois russes sur les aliénés ; b) l'expertise des aliénés par rapport à leur capacité civile et c) l'expertise en vue de la responsabilité pénale.

VI. La statistique des aliénés.

VII. La classification des maladies mentales.

VIII. Les mémoires sur des questions spéciales de psychiatrie (214).

Le Pr Merjeyevski, élu à l'unanimité président du Congrès, prononce le discours d'ouverture, *Sur les conditions favorables au développement des maladies mentales en Russie et les mesures visant à les réduire* (32). Bien qu'il souligne l'importance de l'hérédité et de l'alcoolisme dans l'étiologie des troubles, son discours prend une connotation environnementaliste en faisant remonter la crise sanitaire des aliénés à la réforme des années 1860 ayant émancipé les serfs : la majoration du stress dû la réforme a entraîné l'apparition de troubles psychiatriques sévères. Merjeyevski rapporte ainsi une augmentation croissante du nombre de malades mentaux (214). Pour l'aliéniste, ce ne sera qu'au prix d'une évolution de la société dans son ensemble que les causes profondes précipitant la folie ne pourront être combattues. Malgré l'origine sociale de l'étiologie, la psychiatrie a besoin de moyens supplémentaires pour traiter les malades (22), son objet étant de trouver le régime thérapeutique le plus adapté.

Il est urgent, pour Merjeyevski, de récolter des données plus précises sur le nombre exact d'aliénés, tandis que l'organisation des soins doit être repensée autour de la formation de pôles universitaires de pointe dans les grandes villes, complétés par des asiles locaux de moindres envergures qui doivent promouvoir le travail des patients dans des fermes, afin de lutter contre l'oisiveté et alléger les frais de fonctionnement des institutions. Merjeyevski défend également la création d'un Comité supérieur, composé de médecins, d'architectes, de juristes et d'administrateurs afin de surveiller les asiles publics et privés (214).

Le Pr Pavel Ivanovich Kovalevsky, organisateur du congrès, s'exprime également à la tribune ; proche des partis conservateurs, il exprime sa crainte devant l'explosion de la folie qu'il met en rapport avec l'augmentation des chiffres de la violence et de la criminalité. Mettant en garde le pays contre « le pandémonium de la démence qui le gagne » (22), il appelle à se soucier de la jeunesse, vulnérable à la subversion politique extrémiste, la décadence artistique et la déviance criminelle.

Pour Kovalevsky, quatre-vingt-dix pour cent des aliénés russes ne sont pas pris en charge ; il faut donc une action conjointe entre la psychiatrie et l'État pour régler le problème et limiter l'expansion de la démence. Il propose d'informer le public sur la dangerosité à laisser libres les aliénés, souhaite augmenter les enfermements et interdire les mariages. Ces mesures doivent être complétées « d'une élévation matérielle et morale » (22) dans la société afin de lutter contre les déceptions entraînées par des espoirs utopiques.

b) Prémisses d'une psychiatrie contestataire : les revendications médicales dans les derniers temps de l'Empire

À côté de cette psychiatrie "officielle" et conservatrice, d'autres psychiatres posent la question de la santé mentale d'une manière différente.

Le psychiatre Pavel Ivanovich Iakobi (1842-1913) (216) s'intéresse également à cette propagation présumée de la démence en Russie, mais à partir de postulat opposé. Membre du parti révolutionnaire *Zemlia i Volia (Terre et Liberté)*, il est un activiste engagé durant les années 1860. Diplômé de la faculté de médecine de Zurich en 1867, il rentre en Russie en 1890 après plusieurs années passées en Europe occidentale afin de pratiquer la psychiatrie. Influencé par les écrits de Karl Marx, Iakobi établit une corrélation directe entre la nature des structures politico-économico-sociales et les attitudes envers les aliénés. Comme il l'écrit :

Les psychiatres sont les fils de leur époque, les hôpitaux psychiatriques, le produit de leur temps (17).

Il critique l'utilisation qui est faite de l'asile, créé non pour guérir et soulager, mais soustraire, utilisation dévoyée motivée par, écrit-il :

une peur de classe à l'égard du fou de manière abstraite (22).

Ainsi, selon lui, la construction asilaire coïncide avec l'apparition d'une bourgeoisie russe, bourgeoisie souhaitant progressivement éliminer les membres de la société dénués de raison et obstacles à l'extension de sa domination. Iakobi souligne que les asiles, pensés comme des lieux de soins, ne peuvent qu'échouer, car, destinés à enfermer plus qu'à soigner, ils :

perdent toute leur signification thérapeutique et tiennent lieu d'hospices peu coûteux (22).

Jusqu'au milieu du 19^e siècle, le domaine de la psychiatrie reste peu étudié en Russie : ce seront les réformes des études médicales initiées par le tsar qui autorisent l'émergence de la profession. Créature quasi étatique par son origine, la psychiatrie russe est impactée par sa généalogie ; comme l'écrit Helen Lavretsky, « la profession de psychiatre russe était plus ou moins une création de l'État, et bon nombre de ses précurseurs ont été intimement impliqués dans la réaction de politiques d'état à l'égard des malades mentaux. Cette tradition de l'implication des psychiatres dans la politique et le gouvernement continuera plus tard durant la période soviétique » (19).

Les tensions existantes entre les médecins russes et l'État remontent des décennies avant la révolution de 1917 ; source et garent du statut médical, l'État impérial, bien que reconnaissant les compétences médicales et pourvoyeurs d'emplois, fixe de rigides contraintes à la profession. La loi chargée d'encadrer la médecine, la *Charte médicale (Vrachebnyi ustav)*, promulguée en 1857, puis modifiée en 1892 et 1905, impose aux médecins des pratiques et des devoirs sans contreparties, tout en soumettant un panel de sanctions et de punitions aux contrevenants. Les médecins du service public russe sont chargés d'endiguer les épidémies, réaliser des autopsies, participer aux procès en tant qu'experts, délivrer des certificats, être témoins des exécutions et des punitions corporelles, etc. (217). Autre point de tension compliquant les relations médicales

et gouvernementales, les faibles moyens mis à disposition, limitant les médecins dans leurs tâches.

La réforme judiciaire de 1865 est à l'origine de la création d'un pôle nouveau d'autorité au sein de la société autocratique russe : devenant le "représentant de la science" dans l'arène publique, le pouvoir médical introduit, dès lors, une nouvelle autorité, celle des experts scientifiques. Ces derniers, comme le souligne E. Becker, auront pour mission de « promouvoir le rôle d'une éthique professionnelle sans valeurs comme moyen de transformer un État qui demeure politiquement autocratique et centralisé » (24).

Au tournant du siècle, un nombre important de médecins commencent à voir dans la réforme politique le seul moyen d'accomplir pleinement leurs fonctions (217). Lors du banquet anniversaire de la fondation de l'*Académie de médecine et de chirurgie*, se tenant du 28 au 31 décembre 1904, la résolution suivante a été adoptée par l'assemblée :

Nous, médecins de Pétersbourg [...] nous sommes arrivés à la conviction qu'à l'heure présente, à l'heure où s'éveille la conscience de la nation, nous avons l'obligation morale de joindre notre voix à la voix universelle de la Russie.

Nous déclarons que le corps médical ne peut accomplir sa tâche sociale tant que durera le régime présent, le régime de la bureaucratie policière.

Nous sommes profondément convaincus que des réformes partielles apportées à ce régime seraient impuissantes à assurer la marche de la Russie dans la voie de la civilisation. La condition nécessaire de ce progrès, c'est l'intangibilité de la personne et du domicile, la liberté de conscience, la liberté de la parole dite et écrite, la liberté d'union et d'association, l'établissement solide d'un régime représentatif sur de larges bases démocratiques.

En conséquence, nous déclarons nécessaires immédiatement :

1° l'amnistie entière pour toutes les condamnations en matière politique et religieuse.

2° La convocation d'une Assemblée constituante de représentants du peuple, librement élus par les citoyens de l'un et de l'autre sexe, sans distinction de nationalité ou de religion, sur la base du suffrage universel, égal, direct et secret (218).

Autre marqueur de la politisation de la profession médicale russe ; en 1911, une crise estudiantine agite une nouvelle fois l'université russe. Le gouvernement décide de prendre des mesures draconiennes pour éteindre la contestation : exclusions et peines d'emprisonnements sont prononcées à l'encontre des étudiants rebelles. À Moscou, le recteur et le vice-recteur de l'Université sont mis en disponibilité par décision gouvernementale. Un grand nombre de professeurs et d'agrégés démissionnent en signe de protestation : pour la psychiatrie, le professeur Serbski quitte son poste, accompagné des médecins agrégés, G. I. Rossolimo et P. Gannushkin (166).

Si le positionnement politique des médecins urbains est complexe et varié, ce sont principalement les médecins des *zemstvos* qui adoptent une vision politique plus hardie ; comme le témoigne le Dr Marcou, chef de service dans un hôpital de la capitale :

Ingénieurs et médecins, ce sont là les seuls éléments de la bourgeoisie en contact intime avec le peuple russe, comprenant le mieux ses tendances et ses besoins. Un grand nombre de médecins ruraux ont épousé sa cause et comptent parmi ses émancipateurs. Mais les médecins des villes sont restés silencieux en majeure partie, craignant de compromettre leur clientèle (219).

Les aliénistes russes ont largement participé à cette grogne médicale (217). Leur approche politique se comprend largement à travers de leur *corpus* intellectuel et scientifique : la théorie de la dégénérescence* est alors répandue chez les psychiatres russes (220). Provenant des travaux du psychiatre français Bénédict Morel (*Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales*, 1857), cette théorie insiste sur l'importance des facteurs combinés que sont la biologie, la sociologie et l'histoire sur les individus : de mauvaises conditions vont, non seulement atteindre les individus, mais également leur descendance. Faisant son apparition en Russie dans les années 1880, elle offre aux psychiatres russes d'assimiler les notions de *déviances* et de *crise sociale*.

* Sur ce concept, on pourra se référer à l'ouvrage de Jean-Christophe Coffin, *La transmission de la folie, 1850-1914*, L'histoire du social, L'Harmattan, 2009. D'intéressantes informations pourront également se trouver dans la lecture du livre de Paul Bercherie, *Histoire et structure du savoir psychiatrique, les fondements de la clinique 1*, L'Harmattan, 2001.

Les psychiatres russes, à l'instar de nombreux de leurs confrères européens, s'intéressent à l'influence de la civilisation industrielle dans ce qui semble être une véritable épidémie de troubles mentaux. Comme l'écrit Susan Morrissey, « le plus fondamental dans le cas de la Russie était l'association tissée entre les réalisations, les identités, les vices et les mœurs de la civilisation moderne et urbaine. En Russie, les médecins conservateurs ont utilisé ces constatations pour critiquer la vie urbaine moderne, tandis que les médecins de gauche s'en sont servis pour critiquer le régime tsariste. [...]. [Toutefois, tous ont] trouvé la solution moins dans la répudiation de la modernité que dans son avancement : le développement de la science médicale, l'habilitation de ses représentants à agir dans l'intérêt public et la formation de citoyens modernes, rationnels et soucieux de leur santé » (221).

Face au système jugé autocratique, certains psychiatres se donnent pour mission de lutter contre ces forces destructrices : c'est en empêchant le développement des pathologies, tant mentales que physiques, qu'on pourra empêcher l'altération du corps social, et inversement (220).

C'est pourquoi le renversement du régime impérial leur paraît être le meilleur moyen pour améliorer significativement la santé mentale du pays (24). Redoutant les dommages qu'une révolution non contrôlée pourrait avoir sur la santé mentale de la population, une majorité des psychiatres eux sont favorables à un système de réforme pacifique ; ils s'accommoderont toutefois de la révolution.

Malgré des divergences idéologiques, les psychiatres russes rencontreront dans la conception scientifique de l'État *bolchevik* un moyen pour mettre en œuvre leur projet de rationalisation de la prise en charge de la folie ; de là datera leur collaboration.

En réalité, la vision des médecins et des *bolcheviks* est largement compatible ; comme l'écrit Gregory Dufaud, « pour les *bolcheviks*, la révolution devait apporter ordre et salubrité à une Russie crasseuse et obscurantiste. La pureté, qui devait incarner la rupture entre l'ancien et le nouveau, était un idéal politique, social et sanitaire : l'enjeu de santé publique s'accompagnait du souci d'épurer la société de ses éléments bourgeois et capitalistes. Le corps, biologique, voulu sain et entretenu, était aussi une métaphore de la communauté née d'Octobre, susceptible d'être excisée pour en ôter les parties malades ou malsaines. La médecine devait alors s'immiscer dans tous les aspects de la vie et les régir de façon à faire advenir une société nouvelle, nettoyée des vestiges du capitalisme, au sein de laquelle les individus seraient en bonne santé et à l'abri des épidémies » (222). Toutefois, comme le démontre Irinia Sirotkina, les aspirations libérales des médecins russes vont être rapidement déçues, « le nouveau système ressemblant à une parodie de celui envisagé par les psychiatres libéraux » (217).

c) *L'expérience de la désinstitutionnalisation*

Au tournant du XXe siècle, un changement majeur dans la psychiatrie russe intervient : le monde politique décide de retirer leur soutien à l'asile pour lui préférer une approche ambulatoire et communautaire, contrastant radicalement avec les pratiques occidentales (54).

Jusqu'alors l'admission des malades mentaux au sein des asiles est la politique défendue par une majorité de psychiatres et de politiques. Le monde politique voit dans la psychiatrie un moyen de contrôle social. Les médecins affirmant le rôle central de l'hôpital dans la prise en charge de la folie imposent leur indispensable médiation, soulignant leur importance médicale, mais aussi sociale. Pour l'historienne Julia Brown « l'institutionnalisation est essentielle, selon les psychiatres, non seulement parce que la guérison est impossible sans elle, mais également pour assurer le bien-être du reste de la société. Toutes les personnes aliénées étaient potentiellement dangereuses [...] et tant qu'il en restait en liberté, les biens et les personnes saines étaient en grand danger » (54).

C'est ainsi que le psychiatre Steinberg, co-fondateur de la colonie agricole de Burashevo, lors d'une assemblée du *zemstvo* de Saratov (1883), affirme que les fous doivent être hospitalisés, car leur liberté sans surveillance adéquate est à l'origine de conséquences catastrophiques. Non seulement ils ne peuvent guérir, mais deviennent un fardeau moral et économique permanent pour la communauté :

Un seul individu fou est capable de terroriser une ville entière
(54).

Même le plus passif des fous, poursuit-il, représente une menace pour lui-même et pour les autres. Les hallucinations peuvent les pousser à la pyromanie, à la violence, au meurtre, au suicide, ils dilapideront la fortune familiale, répandront de fausses rumeurs, violeront les lois. Enfin et surtout, à moins d'être institutionnalisés, les fous transmettront leurs terribles caractéristiques aux générations futures (54).

La question de la désinstitutionnalisation, question délicate s'il en est, est posée pour la première fois à l'occasion du premier *Congrès de psychiatrie* de 1887. Alors que la profession est unanime pour affirmer l'importance de l'asile dans la prise en charge de la folie, deux intervenants viennent proposer une vision alternative : N. N. Bazhenov et S. S. Korsakoff.

Nicolas N. Bazhenov prend le premier la parole pour présenter le système de soins psychiatriques *extra-muros* qu'il a mis en place à l'hôpital psychiatrique provincial de Riazan. Désinstitutionnalisant les patients " inoffensifs et chroniques " en les plaçant chez des familles paysannes vivant à proximité de l'hôpital, proximité autorisant la supervision des soins par les soignants, Bazhenov affirme à la tribune la réussite d'une telle expérimentation : les patients vivent dans un environnement "naturel", les paysans bénéficient d'une source de revenus supplémentaire et le *zemstvo* provincial connaît une réduction significative des coûts (54).

À la suite de Bazhenov, Korsakoff prend la parole : il défend à son tour les avantages des soins extrahospitaliers et leur pertinence particulière pour la société russe. L'histoire du pays, affirme-t-il, a démontré que le peuple russe ordinaire est capable de prodiguer des soins humains aux fous (54).

Les deux hommes affirment la nécessaire organisation des « soins communautaires », justifiée par les expériences britanniques du *no-restraint system*. Autre argument de poids apporté par Bazhenov et Korsakoff : les économies réalisées par la désinstitutionnalisation sont à même de permettre la prise en charge de l'ensemble des malades mentaux du pays. L'organisation des soins communautaires est un moyen moins onéreux pour fournir des soins supervisés aux patients chroniques qui ne pouvaient en aucun cas être aidés par l'hôpital. Le fait de retirer ces patients des établissements, où les places sont chères, libère des lits pour les personnes gravement perturbées qui peuvent y être traitées avec succès (54).

Une brève discussion succède à l'intervention des deux psychiatres ; les réactions sont glaciales. Les psychiatres présentes au Congrès ne peuvent accepter l'idée des soins communautaires, justifiant leur positionnement par les réfutations occidentales des alternatives à l'asile et leur crainte d'abus dans un cadre non hospitalier. On rappelle les conséquences mortelles du « commerce des enfants », pratique gouvernementale qui consiste à « sous-traiter » les soins apportés aux nourrissons abandonnés à des familles paysannes en échange d'allocation : pourquoi s'attendre à des résultats différents lorsqu'il s'agit de malades mentaux sans défense (54) ?

Malgré tout, devant les coûts immenses demandés par le fonctionnement asilaire, certains psychiatres du Congrès acceptent de reconsidérer des alternatives à l'asile classique : on propose la création de colonies agricoles pour malades mentaux, institutions semblables aux hôpitaux, mais autosuffisantes, financés par le travail des patients. Quelques psychiatres affirment même la rentabilité possible de tels établissements.

Comme l'écrit Brown, « le refus des psychiatres russes dans les années 1880 de discuter de

solutions de rechange aux soins en établissement pour les aliénés était semblable à la réaction de leurs collègues en Angleterre et aux États-Unis à cette même idée. [...] Les psychiatres étaient surtout préoccupés par l'expansion du système existant, par l'établissement de leurs propres établissements sur des bases solides et stables et par la création d'une identité professionnelle personnelle ; ils ne souhaitaient pas particulièrement innover ou expérimenter au sein de leurs hôpitaux relativement jeunes » (54).

Malgré la tendance à l'institutionnalisation de la folie validée par le Congrès, certains psychiatres poursuivent leurs expérimentations des soins extrahospitaliers.

N. Bazhenov, licencié du *zemstvo* de Riazan pour ses opinions libérales et son expérimentation des colonies familiales à Voronéje (154), s'installe à Moscou et participe activement à l'élaboration d'un projet de soins communautaires au sein du village de Semenovskoe, situé dans la périphérie de la ville. Dans le cadre du programme des soins familiaux, certaines familles paysannes accueillent jusqu'à trois malades chroniques. Se développant progressivement, le projet de patronage familial, reprenant le terme français, s'arrête à la fin de la décennie, les animateurs n'arrivant pas à se coordonner avec les anciens du village, qui ont été, regrette le psychiatre Brukhanski, trop facilement persuadés par des paysans riches ; ces derniers ayant refusé de participer au programme ont ensuite été jaloux des revenus supplémentaires si facilement gagnés par leurs voisins (54).

Le psychiatre A. A. Govseev, l'un des rares auditeurs à avoir été interpellé par les allocutions de Bazhenov et de Korsakoff au Congrès de 1887, rentre de Moscou avec l'idée d'introduire les soins familiaux dans son hôpital de la province d'Ekaterinoslav. Si ses premières tentatives échouent devant le manque de coopération de ses confrères, Govseev arrive à faire valider l'expérimentation par les responsables du *zemstvo* en 1892. Le projet est un succès : placés au sein de familles paysannes, ce sont près d'un tiers des malades mentaux hospitalisés de la province qui sont sortent de l'asile en trois ans (54).

Si jusqu'en 1905 les psychiatres ne se réunissent plus en tant que corps professionnel, ils participent activement à la section psychiatrie de la *Société Pigorov* des médecins russes, l'association professionnelle des médecins de l'empire. Lors des rencontres de 1893 et de 1896, l'expérimentation de la prise en charge familiale est vertement critiquée. Lors de la réunion de 1893, Gosveev présente le programme mené à Ekaterinoslav ; enthousiaste, il affirme que l'état des malades désinstitutionnalisés s'est amélioré, les familles paysannes sont satisfaites de l'expérience, tandis que les frais pour les *zemstvos* diminuent d'un tiers (54).

Les réactions des psychiatres démontrent que le positionnement des psychiatres sur la question n'a guère évolué : si une minorité de psychiatres louent le travail de Gosveev, la majorité des professionnels se refusent à considérer positivement le processus de désinstitutionnalisation. On rétorque que les malades pouvant être envoyés dans les familles sont en réalité capables de retourner chez eux, réalisant par les véritables économies (54).

Le programme de placement familial connaît une nouvelle désillusion lorsque le Dr Shcherbinin, collaborateur de Gosveev à Ekaterinoslav publie, quelques mois après la réunion de la *Société Pigorov*, un livre (1896) dans lequel il affirme le manque de surveillance des patients par le personnel soignant et l'exploitation des malades par les familles. Cet ouvrage devient la référence de la critique de la désinstitutionnalisation et, écrit Julia Brown, à « chaque fois que des rumeurs circulaient à propos qu'une autre province qui discutait de la possibilité d'initier un programme [on] exhumaient l' « échec » d'Ekaterinoslav » (54) :

Encore une tentative, qui bien sûr, menace de produire les mêmes horreurs que les précédentes (54).

La défense de l'asile comme mode de prise en charge exclusif de la folie est alors, au tournant du siècle, largement majoritaire et dominant. Soutenu par une large majorité des praticiens et des représentants du pouvoir politique, l'asile ne semble pas pouvoir être détrôné. Pourtant, suite à un changement de cap du pouvoir politique, le rapport de force commence à s'inverser. Ce n'est que suite à l'impulsion du politique que les mentalités des psychiatres changent : « la profession n'a commencé à promouvoir le concept avec enthousiasme qu'après qu'il soit devenu évident que ne pas le faire pourrait bien s'avérer l'équivalent d'un suicide professionnel » (54).

Au début du XXe siècle, les médecins des *zemstvos*, farouche défenseur des soins au niveau du district, insistent de plus en plus pour que la compétence des soins psychiatriques soit retirée à la province pour être décentralisée, au même titre que les soins somatiques. Lors des réunions de la *Société Pigorov* de 1902 et de 1904, les médecins non-psychiatres se rendent en nombre à la tenue de la section psychiatrique et demandent le soutien de leurs confrères. La requête entraîne un tollé chez les psychiatres présents, qui considèrent la présence de non-spécialistes comme totalement inappropriée ; comme le regrette le psychiatre Krainski (1904) :

La résolution la plus importante adoptée par la section

psychiatrique est le résultat d'une incursion dictatoriale [...] par des médecins sanitaires des *zemstvos* qui ont récemment acquis beaucoup d'influence et qui tentent de nous dicter un programme d'activités (54).

Ce conflit modifie les rapports de force ; les partisans de la décentralisation psychiatrique se font de plus en plus nombreux, appuyés par les psychiatres défenseurs du système de soins communautaires et par les assemblées des *zemstvos*.

La décentralisation des soins psychiatriques souhaitée par une part croissante des *zemstvos* est alors un risque majeur pour la profession, plaçant *de facto* les soins des malades mentaux dans les mains de praticiens non spécialistes. Ce risque oblige ainsi le corps des psychiatres à réorienter ses positions et à réévaluer le système de soins communautaire. Ainsi, souligne Julia Brown, « comme ces organismes ont commencé à voter en faveur de la décentralisation malgré l'opposition de leurs experts psychiatriques, la profession s'est vue contrainte de réévaluer sa position. [...] Les psychiatres en ont déduit assez rapidement que la décentralisation ne serait pas dans leur meilleur intérêt. Leur soutien soudain et enthousiaste aux "soins à domicile" pour les aliénés semble mieux compris comme une mesure de contre-attaque» (54). La défense de la généralisation des soins extrahospitaliers est parallèle de défense de la nécessaire supervision par les psychiatres, ce qui autorise la conservation de leur indépendance et de leur autonomie. Le soutien des assemblées locales d'auto-administration, dominées par la noblesse rurale, vient renforcer le mouvement, intéressé par l'orientation apportée. Comme le souligne Brown, « au lieu de s'allier aux forces qui soutenaient l'industrialisation et le développement capitaliste, la noblesse s'était fermement engagée à la fin du XIXe siècle dans un mode de vie agraire traditionnel » (54).

Les soins *extra-muros* intéressent les assemblées de *zemstvos* contrôlés par la noblesse pour les économies réalisées, mais c'est surtout pour le côté communautaire qui motive la noblesse à défendre une telle vision des soins, proche des modes de soins traditionnels de la campagne russe. « La "prise en charge familiale" des aliénés, écrit Brown, ressemblait superficiellement aux formes traditionnelles d'assistance mutuelle, comme le *po ocheredi*, un système dans lequel chaque famille offrait à son tour un refuge aux "idiots" du village, à ses veuves sans abris et à tous les autres malheureux qui s'y retrouvaient. La "prise en charge familiale" offre également un moyen d'encourager - voir de renforcer- , les valeurs et les institutions traditionnelles. La façon dont les partisans des programmes ont choisi les collectivités et les familles individuelles pour y participer montre clairement qu'il s'agissait là au moins d'un objectif latent des partisans

des programmes » (54).

Les psychiatres, se rappelant que l'expérience de Semenovskoe avait raté par manque de soutien des anciens, acceptent avec ce soutien traditionaliste : « Les anciens de la communauté étaient aussi, en règle générale, un puissant bastion du traditionalisme. En tant que telle, leur participation pourrait contribuer à la réalisation des objectifs de maintien de l'ordre et de la stabilité dans les campagnes : faire de la "vision bucolique de la Russie rurale" de la noblesse une réalité » (54). Finalement, c'est la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques, initialement portés par des praticiens engagés - Bazhenov est proche du mouvement libéral, tandis que Gosveev sera condamné à l'exil intérieur pour son engagement politique après les événements de 1905 (223) – qui s'impose.

Le soutien politique vient renforcer le mouvement, tant et si bien qu'à la veille de la Première Guerre mondiale, plus de la moitié des provinces organisent des programmes actifs de soins familiaux, tandis que les provinces retardataires planifient leurs mises en œuvre. La désinstitutionnalisation des soins psychiatriques est alors actée, et l'opposition professionnelle s'est tarie.

L'expansion rapide du patronage familial en Russie est stoppée par la guerre, la révolution et la guerre civile. Les efforts demandés à la population entraînent la disparition des soins familiaux. Le retour à une situation plus stable au milieu des années 1920 ne permet pas le retour de ces institutions ; le pouvoir *bolchevik* se tourne alors vers les institutions psychiatriques qui avaient survécu à la décennie précédente (54).

2. La question eugénique en Russie impériale

a) *Les débuts de l'eugénisme en Russie*

Bien que le livre *Hereditary Genius* (1868) de Sir Francis Galton est traduit en langue russe dès 1874, les idées eugéniques "d'amélioration de l'humanité" ne reçoivent que peu d'intérêt dans le dernier quart du XIXe siècle russe.

Ce n'est qu'au tournant du siècle, alors que l'eugénisme commence à s'institutionnaliser en Occident, que la question va intéresser les savants russes. Introduit en russe en 1902, le mot "eugénisme" (*evgenika*) s'infiltré progressivement dans le monde intellectuel ; les éditeurs traduisent un certain nombre d'ouvrages de partisans occidentaux tandis que divers groupes professionnels (médecins, anthropologues, biologistes, juristes, sociologues, etc.) se saisissent de l'eugénisme pour le questionner dans le cadre de leurs pratiques propres. Les médecins sont, à ce sujet, le groupe le plus bruyant (224) : deux d'entre-deux sont les figures principales de l'eugénisme russe, le microbiologiste et médecin de santé publique Nikolai Gamaleia (1859-1949) et le psychiatre Tikhon Iudin (1879-1949), rédacteur en chef de la revue *Psychiatrie moderne* ; il importe de souligner que ces derniers n'ont nullement la même vision sur la place et le rôle de l'eugénisme, démontrant le manque d'uniformité du jeune mouvement eugénique.

Le courant eugéniste russe présente un particularisme national au regard des courants occidentaux, que ce soit sur le plan institutionnel, idéologique, multidisciplinaire (224). Si son évolution postrévolutionnaire se fait largement à travers la génétique, l'eugénisme russe connaît une phase "préinstitutionnelle", dont la direction sera principalement menée par des médecins (225) : comme l'écrit Nikolai Kremontsov, au cours des deux dernières décennies de l'empire, « alors que l'eugénisme s'institutionnalisait rapidement en Europe occidentale et en Amérique du Nord et se transformait en un mouvement transnational, les idées, les pratiques et les politiques eugéniques ont suscité de vastes débats entre médecins, sociologues, biologistes, anthropologues, juristes et enseignants, bien que ces débats ne se soient pas "traduits" par la création d'institutions, par des politiques ou par des appels au ralliement de ce mouvement en gestation » (224).

Le courant russe, s'il reconnaît sa dette intellectuelle envers l'Occident, ne valide pas les interprétations raciales de certaines de ces manifestations, considérées en Russie comme une « philosophie bestiale » (226), ou un « fanatisme » (224).

b) Nikolai Fyodorovich Gamaleia (1859-1949)

Nikolai Gamaleia, après des études de biochimie, se destine à la neurologie et à la psychiatrie avant que la "révolution" microbiologique ne vienne modifier son plan de carrière (224).

Gamaleia part étudier auprès de Louis Pasteur (1886), et, à son retour, permet de reproduire la technique de vaccination antirabique en Russie.



Figure 22 : Nikolai Fyodorovich Gamaleia (1859-1949)

De ce séjour en France, Gamaleia abandonne définitivement son intérêt pour la psychiatrie et la neurologie au profit de la microbiologie. En 1886, avec le soutien de Metchnikoff, futur prix Nobel pour sa découverte de la phagocytose, il crée le premier laboratoire de microbiologie russe à Odessa, sur le modèle du laboratoire de Pasteur.

En 1909 il est nommé à Saint-Petersbourg en tant qu'inspecteur en chef à la Commission sanitaire de la ville. Occupant une position d'influence au sein de la bureaucratie médicale et civile de l'empire, Nikolai Gamaleia s'intéresse dès lors à des questions de santé publique et participe à des projets d'importance comme la création d'un ministère de la santé ou la révision de la législation médicale et sanitaire (224).

Dans les colonnes de la revue qu'il a créée, *Hygiène et assainissement*, le médecin tente de démontrer l'impact bénéfique des interventions purement sanitaires sur la santé du pays, instant sur les maladies infectieuses, approvisionnement en eau potable, l'évacuation des eaux usées, le logement, l'hygiène scolaire et professionnelle, la démographie, l'hygiène militaire et navale et, enfin, l'eugénisme (224). Comme l'écrit N. Kremontsov, « Gamaleia fait partie d'une

minorité de médecins russes qui préconisent un rôle accru pour le gouvernement central dans toutes les questions médicales et de santé publique. [...]. De toute évidence, il considère le gouvernement central comme une source d'autorité et de pouvoir nécessaire pour appliquer et faire appliquer les recommandations des professionnels de la santé publique dans l'empire "arriéré" » (224).

À partir de 1910, il ouvre largement ses colonnes à la question de l'eugénisme, produisant des articles, des comptes rendus d'ouvrages, des études historiques. Gamaleia considère l'eugénisme comme étant l'évolution de l'hygiénisme et des réformes sanitaires et de santé publique ; le retard de la Russie l'empêche de se lancer dans de vastes politiques eugénistes, mais peut s'en inspirer :

La Russie, qui est encore à sa première période de réformes sociales est incapable de générer un fort mouvement eugénique, mais elle doit néanmoins comprendre les problèmes qui préoccupent ses voisins cultivés (224).

Pour Gamaleia l'eugénisme est avant tout l'extension de l'hygiène sociale et de la médecine préventive à un domaine encore non exploré par ces derniers, la reproduction humaine, afin de limiter et de prévenir la maladie. Le discours eugénique de Gamaleia se concentre ainsi sur la prévention des « maux sociaux », non directement reliés à l'hérédité selon lui, comme la criminalité, l'alcoolisme, les maladies vénériennes, la faiblesse d'esprit (224).

Gamaleia continue de diffuser les travaux occidentaux sur l'eugénisme, donne des cours, et des conférences, rédige des articles jusqu'en 1913, date à laquelle sa revue cesse de paraître. Comme l'écrit Nikolaï Krementsov, « malgré son engagement de courte durée dans l'eugénisme, Gamaleia et son journal ont joué un rôle important pour susciter l'intérêt des hygiénistes russes sur ce thème » (224).

c) *Tikhon Ivanovich Iudin (1879-1949)*

Le psychiatre Tikhon Ivanovich Iudin reprend à son compte la promotion de l'eugénisme, là où Gamaleia l'a laissée.

Diplômé en 1903 de l'Université de Moscou, il devient assistant de Serbski (224). En compagnie de Sergueï Soukhanov et de Petr Gannushkin, eux aussi formés par Serbski, mais également des psychiatres Alexander Bershtein, Mikhail Lakhtin et Ivan Vedenski (224), ils forment un groupe de jeunes praticiens souhaitant réformer la psychiatrie nationale, tant du point de vue administratif, institutionnel que théorique, par la promotion de nouvelles approches nosologiques et diagnostics développés par Kraepelin.



Figure 23 : *Tikhon Ivanovich Iudin (1879-1949)*

Suite à la révolution de 1905, la question de la gestion des établissements psychiatriques se pose de manière renouvelée ; le groupe de jeunes psychiatres s'engage activement pour qu'un rôle central soit donné aux médecins et au personnel subalterne. En 1907, devant la reprise en main autoritaire du monde universitaire, ces jeunes psychiatres démissionnent de leurs postes universitaires en signe de protestation ; au chômage, les membres du groupe se dispersent au sein de l'empire : Gannushkin est engagé à l'hôpital de Moscou, Soukhanov à Saint-Pétersbourg, Iudin à l'asile psychiatrique de Kharkov géré par le *Zemstvo*.

Malgré cet éloignement géographique, ils n'abandonnent pas leur volonté de réforme de la spécialité. En 1907, ils fondent, sous la direction de Gannushkin, *Psychiatrie moderne*, nouvelle revue au titre provocateur (224), qui se veut un espace de réflexion, de discussion et de diffusion des idées modernes en psychiatrie, qu'elles soient d'ordre théorique ou pratique. L'une d'elles est l'importance de l'hérédité.

Tikhon Iudin, poursuivant les travaux de Soukhanov, oriente ses recherches sur cette question héréditaire dans les pathologies mentales, s'intéressant aux cas de psychoses chez les jumeaux et les frères et sœurs. Les résultats obtenus confirment le rôle joué par l'hérédité dans la maladie mentale (224) ; Iudin souligne également la nécessité de dépasser la conception lamarckienne des caractères acquis, conception utilisée par ses prédécesseurs, de les réévaluer à l'aune des découvertes de Weismann afin de mieux saisir la nature de cette influence.

Lors du premier congrès de l'*Union russe des psychiatres et neurologues* se tenant à Moscou en septembre 1911, Iudin présente un long rapport sur la nature des relations héréditaires dans la pathologie mentale, dans lequel il appelle la psychiatrie à se saisir des données récentes sur la question l'hérédité, avec la redécouverte des lois de Mendel, l'introduction des concepts de "génotype", de "phénotype" et de "lignée pure" (224). Ces avancées scientifiques obligent la psychiatrie à modifier son rapport à la recherche, pour intégrer l'étude longitudinale des familles, les maladies mentales semblant suivre les lois de Mendel de manière récessive (224).

À la fin de l'année 1911 Iudin, rejoignant Gannushkin, déménage de Kharkov pour retourner à l'hôpital psychiatrique de Moscou. Il intègre alors de manière permanente l'équipe éditoriale de *Psychiatrie moderne* ; dès lors, les recherches personnelles de Iudin orientent la ligne éditoriale de la revue qui commence à traiter largement de la question eugénique.

Pour Iudin, l'hérédité, guidée par les lois de la génétique, tient une place importante et centrale dans la genèse des troubles mentaux, mais ne saurait suffire à recouvrir tout le champ de la pathologie mentale : cette hérédité donnée peut être modifiée par des données environnementales, l'éducation, l'hygiène. Il s'attaque à ceux qui négligent ces modifications possibles pour ériger la génétique comme seul vecteur de pathologie mentale. Pour Iudin, « cette croyance scientifique dans l'influence négligeable de l'environnement sur l'hérédité » pousse « certains eugénistes » à avancer certaines « idées douteuses », comme la notion de supériorité ou d'infériorité raciales, ou la préconisation de « politiques décisives », comme la stérilisation, la ségrégation ou l'euthanasie des personnes d'ascendance « inférieure » (224). Comprenant les réactions négatives que de telles propositions ont soulevées, Iudin indique qu'il ne faut pas réduire l'ensemble du mouvement eugénique à ces idées « fanatiques » (224), et rapporte que les connaissances scientifiques de l'hérédité sont encore à leurs balbutiements, et qu'en aucun cas une application humaine n'est envisageable. De plus, souligne Iudin, les troubles héréditaires sont souvent récessifs, et demeurent « invisibles » dans la descendance :

toute sélection contre ces traits, comme le souhaitent certains eugénistes, « ne peut mener à leurs suppressions » (224).

Face à ces politiques "négatives", Iudin présente des méthodes eugéniques "positives", qui cherchent à promouvoir l'hérédité saine dans les générations futures, par le biais de campagnes de propagande actives afin de faire entrer les idées eugéniques de base dans les mœurs sociales « inconscientes », dans les « dogmes religieux » (224).

Bien sûr, à l'heure actuelle, le fondement théorique de l'eugénisme et les recherches dans ce domaine en sont encore à leurs débuts, et l'époque où, sur la base des connaissances existantes, nous aurions le droit d'intervenir dans la vie sociale à grande échelle est encore loin d'être révolue. Mais les efforts pour faire avancer l'idée même de la nécessité d'une plus grande attention à la santé des générations futures, l'éducation de l'humanité dans l'esprit de cette idée, sa propagande, la création d'un sentiment commun propice à l'eugénisme [et] le soutien actif à la recherche scientifique dans ce sens, peut-être, s'avéreront très utiles à l'humanité entière. En tout cas, les idées eugéniques méritent une attention et une étude sérieuses (224).

Pour Iudin, l'eugénisme est avant tout une application de la génétique aux questions de la santé humaine. C'est pourquoi il s'intéresse aux fondements scientifiques de cette idéologie, en particulier sur le rôle de l'hérédité dans les « maux sociaux ». Malgré cet intérêt scientifique, Iudin s'engage personnellement - et contrairement à Gamaleia qui adopte une position de stricte neutralité - dans la lutte contre l'utilisation politique directe de ces recherches. Il fait publier, dans *Psychiatrie moderne* (1912), un article d'un confrère qui affirme que :

la pensée médico-sociale russe [...] refusera toujours la participation des médecins à des politiques aussi cruelles [comme la stérilisation des détenus dans les prisons et les asiles publics] (224).

Si Gamaleia, en tant que haut fonctionnaire, souhaite une politique médicale centralisatrice, Iudin, psychiatre employé par le *zemstvo* de Kharkov, puis par la municipalité de Moscou, est hostile à l'ingérence étatique dans la gestion hospitalière et médicale. « Comme la majorité des

psychiatres russes, écrit N. Krementsov, il considérait le gouvernement central et les bureaucraties locales comme une menace à l'autonomie et à l'autorité de sa profession. [...]. Il partageait certainement la conviction de nombreux médecins russes que leur expertise professionnelle et scientifique leur donnait l'autorité suprême pour traiter les questions médicales et de santé publique comme bon leur semblait, déléguant ainsi aux organismes publics un simple rôle de financement et de facilitation dans la "santé" de la Russie » (224).

d) Le particularisme russe

Ainsi, le courant eugéniste russe, qu'il soit porté par Gamaleia ou Iudin, se sépare en partie du courant occidental ; si, en Occident, l'une des principales tares marquant la « dégénérescence raciale » est le faible taux de natalité, ce constat ne peut être accepté par les Russes, qui connaissent le plus fort taux de natalité d'Europe, et qui lui préfèrent le taux de mortalité infantile. Autre distinction, le taux de « prolifération des maux sociaux » (alcoolisme, criminalité, faiblesse d'esprit, prostitution, etc.) désigné comme marqueur de la dégénérescence héréditaire en Occident. Si en Russie on valide cette théorie, on en minore toutefois l'importance en affirmant que cette prolifération n'est pas seulement dépendante de facteurs biologiques et héréditaires, mais également largement dépendants de causes et de facteurs socio-économico-politiques.

C'est dans cet esprit qu'en 1910, Vladimir Bekhterev, alors figure de proue de la psychiatrie nationale, publie dans le *Herald of Europe*, un article dénonçant le capitalisme et l'autocratie comme principale cause de la détérioration de la santé mentale de la population russe (224). Si l'hérédité joue un rôle important dans les troubles mentaux, écrit Bekhterev, il met en exergue que « le capitalisme est le principal fléau de notre époque », associé « à l'alcoolisation » croissante des populations, facilitées par les politiques impériales de facilitation de la consommation en vue d'en tirer une majoration des revenus fiscaux (224). Félicitant Bekhterev pour sa prise de position, Gamaleia s'attaque également aux négligences gouvernementales envers la santé des enfants russes, cause principale selon lui de la « dégénérescence » (224). De son côté, Iudin critique le concept de dégénérescence héréditaire morelienne, car fondée sur des conceptions lamarckiennes dépassées.

Ces divergences et le particularisme russe sur la question de l'eugénisme éclatent au grand jour lors du premier *Congrès international d'eugénisme* qui se tient à Londres en 1912. Bien que l'empire russe n'ait pas envoyé de délégation officielle, deux Russes assistent aux sessions : le prince Petr Kropotkine (1842-1921), théoricien de l'anarchisme, qui attaque l'esprit de classe de la réunion, et le journaliste Isaak Shklovski (1865-1935), couvrant l'événement, parlant de "philosophe bestiale" (227).

3. Anthropologie criminelle en Russie.

a) *Le lombrossisme en Russie*

Bien que la majorité des intellectuels russes ait rejeté le concept de "race", certains anthropologues se sont engagés dans l'étude de la "race russe" (227) ; c'est par cette voie que l'anthropologie criminelle de Cesare Lombroso va faire des adeptes en Russie. Comme l'écrit l'italien (1900) :

C'est ainsi que l'idée socialiste fleurit en Russie et que l'école italienne a, précisément en Russie, ses principaux partisans (228).

Les thèses de Lombroso font irruption en Russie dès les années 1880 par l'intermédiaire de juristes et de médecins.

Le Pr Dmitri Drill (1846-1910), juriste, fait publier un ouvrage sur les peines judiciaires, inspiré par la théorie de Lombroso, tandis que I. Foinitski et N. Tagantsev tentent de proposer une adaptation concrète du système lombrosien à la pensée judiciaire russe (228).

P. I. Kovalevsky dans son ouvrage sur *La psychologie criminelle* (1903) (229), reconnaît l'importance du travail de Lombroso, sans toutefois se rallier totalement à ces thèses.

Lombroso participe au XII congrès international de médecine qui se tient à Moscou en août 1897, et prononce une intervention sur *Les conquêtes récentes de la psychiatrie* (230).

Des journaux russes ouvrent leurs colonnes aux textes de Lombroso, comme en 1887 dans le *Messenger russe* (231) Le professeur turinois se rend en Russie, donnant une conférence sur les *Caractères spéciaux de quelques dégénérescences* et rencontre Tolstoï.

Dans le monde médical, le Dr Pauline Tarnowsky, fille de Benjamin Tarnowsky, médecin russe mondialement connu pour ses recherches sur la syphilis, développe en Russie certaines implications anthropologiques de la théorie de l'atavisme : ses travaux sur la prostitution et sur la femme criminelle devançant même les écrits italiens sur la question.

Auteur prolifique, la réputation de criminologue de Pauline Tarnowsky n'est plus à prouver - « la criminologie la plus importante d'Europe », écrivait un journal spécialisé américain à son sujet (232) -, elle fait publier nombre d'articles en Russie, mais également à l'étranger, jusqu'à paraître dans *l'Archivo*, journal du maître italien.

Son œuvre maîtresse est son *Étude anthropométrique sur les prostitués et leurs voleuses*, qui connaît une traduction française (233). Dans l'ouvrage, Tarnowsky étudie les mensurations, les traits psychologiques et les signes de dégénérescences de cent cinquante prostitués et voleuses récidivistes, qu'elle compare à celles de cent femmes du même âge non délinquantes ; elle conclut à l'existence d'une nature criminelle chez la femme, différente qualitativement à celle de l'homme, mais non quantitativement.

Les notions morales, les perceptions du bien et du mal sont réparties à doses égales entre les deux sexes. Si donc on prend en considération la tendance à la criminalité chez la femme moindre de quatre à cinq fois que chez l'homme, comme le prouve ailleurs la statistique, on ne voit pas trop pourquoi la femme serait supérieure à l'homme à un degré aussi marqué, au point de vue moral. Les prostitués habituels, qu'on ne saurait raisonnablement classer parmi les êtres sains, normaux, honnêtes, combent, par la profession qu'elles exercent, la lacune trop large que la statistique de la criminalité établit en faveur des femmes. Nous croyons donc que les prostituées habituelles constituent le contrepoids qui égalise la balance de la criminalité et répartir cette dernière dans une mesure plus uniforme et plus juste parmi les deux sexes (234).

En somme, les prostitués et les voleuses présentent plus ou moins une certaine déviation du type normal de l'humanité ; l'examen seul de leur état physique, psychique et intellectuel l'atteste suffisamment. Elles sont, pour ainsi dire, le produit "des bas-fonds, de la lie de la société" (234).

Tarnowsky propose pour enrayer ce mal qui ronge la société, non d'user du châtimeut, mais de la prévention sociale :

Prescrire l'abus de l'alcool, diminuer la misère en élargissant les voies du travail honnête, enfin les admettre à maints professions et métiers jusqu'ici principalement exercés par les hommes (234).

Toutefois, toujours inspirées par la pensée lombrosienne, Tarnowsky écrit dans *Les Femmes homicides* (1907), que les stigmates physiques encore mal définis de la criminalité sont d'une importance égale aux conditions sociologiques dans la genèse du crime (231). Tarnowsky traduit également les principaux travaux de Lombroso, mais également de ceux de Garofalo, Ferri et Sighele.

Tarnowsky se rend aux Congrès internationaux, accompagnée par des personnalités russes du monde médical, juridique et gouvernemental ; ces participations ne marquent pas l'adhésion généralisée aux thèses de Lombroso. Si V. M. Bekhterev est favorable aux thèses de l'école italienne, d'autres sommités russes s'y opposent : ainsi, le procureur général de Saint-Petersbourg, Zakrewski se montera hostile à leurs propagations (231).

En 1890, Saint-Petersbourg accueille la quatrième édition du *Congrès international pénitentiaire* (235) qui se tiendra sous les auspices du lombrosisme alors au fait de sa gloire, prétendant encore pouvoir révolutionner la médecine et le monde pénal (228).

b) Impact de l'anthropologie criminelle en Russie

L'impact en Russie de la théorie de l'anthropologie criminelle est beaucoup plus important dans le domaine artistique que dans les sphères médico-juridiques ; le peintre et théoricien de l'art Vassili Kandinsky, qui découvre dans sa jeunesse les théories d'anthropologie criminelle, sera influencé en profondeur par ce courant (236). Comme l'écrit Carol McKay, « l'impact des idées lombrosiennes sur la culture russe était suffisamment profond pour avoir des manifestations artistiques aussi diverses que l'abstraction idéaliste de Kandinsky ou le réalisme littéraire de Tolstoï » (236). Étudiant en droit, membre de la *Société impériale des amis des sciences naturelles, anthropologiques et ethnologiques*, il est un lecteur passionné, selon ses propres

aveux (237), des écrits de Lombroso ; s'il leur donne une importance théorique, il leur dénie le droit à une utilisation juridique et artistique. Comme l'écrit Olivier Bosc, « son passage du droit à la critique artistique ne paraît pas sans lien, bien au contraire, avec la lecture de Lombroso. Aussi, dans son premier texte consacré à l'art, Critiques des critiques, Kandinsky ne dévoile pas son hostilité à l'anthropologie criminelle en tant que telle [...], mais à ceux qui la détournent et l'appliquent aux questions artistiques » (228).

Au final, bien que les théories ataviques de Lombroso soient rejetées au profit d'une importance désignée pour les facteurs sociaux, l'*intelligentsia* russe va faire sienne l'idée de la transmission héréditaire des caractères pathologiques acquis. Corollaire obligatoire de cette pensée, la nature des mesures conceptualisées pour réformer l'État et la société change : deviens légitime, dans la pensée des réformateurs, la coercition, l'enfermement préventif, la rééducation par le travail. Comme l'écrit Benjamin Guichard, associée à l'influence que connaissons en Russie les travaux de Gabriel Tarde sur l'imitation et de Gustave Lebon sur la psychologie des foules, « ces analyses nourrissent la crise de confiance de l'*intelligentsia* à l'égard des Lumières et dans la possibilité d'une éducation rationnelle du peuple au régime des droits, au profit de formes autoritaires d'ingénierie sociale, seules capables de transformer les masses » (185).

Selon Daniel Beer, ce sont ces théories, complétées par la critique marxiste-léniniste révolutionnaire, qui vont irriguer la pensée et la pratique politiques des années postrévolutionnaires (211).

F. Utilisation politique de la psychiatrie en Russie impériale

1. Utilisation non médicale de l'asile dans la Russie impériale

a) Les usages sociaux de l'hôpital psychiatrique russe

Si les médecins russes souhaitent créer des lieux dédiés à la prise en charge de la folie, l'usage social qui en est fait tout au long du XIXe siècle vient perturber cette belle mécanique.

Les premières institutions asilaires pensées sous Catherine II sont d'abord pensées pour être des moyens de contrôle et de protection de la société contre la frange dangereuse de la population. La population asilaire jusqu'au milieu du XIXe siècle est ainsi composite ; à côté des malades, on retrouve des soldats désobéissants et des serfs indisciplinés qu'on envoie dans les « maisons jaunes » comme punition pour leur comportement (34). La paysannerie n'envoie que peu les malades dans les asiles jusqu'aux années 1860, craignant les mauvaises conditions d'accueil.

La situation change drastiquement à partir des grandes réformes de 1861. Les *zemstvos* récupèrent la gestion des maisons de fous, qui connaissent une explosion des demandes. « L'utilisation croissante des asiles par la paysannerie nouvellement émancipée, écrit Brown, semble avoir convaincu le gouvernement tsariste de leur importance et, au milieu des années 1870, il ordonne aux *zemstvos* d'agrandir les asiles pour accueillir tous les nouveaux venus » (34). En 1860, à la veille de l'émancipation, la Russie décompte 43 maisons de fous s'occupant de 2 038 individus ; un demi-siècle plus tard, 160 asiles quadrillent le territoire, recevant 42 489 personnes.

Cette augmentation de la demande ne peut s'expliquer totalement par la croissance de la population. Sur cette période, la population totale de l'Empire russe double, passant de 60 millions d'habitants en 1850 à 129 millions avant le premier conflit mondial. Si l'augmentation de la population totale explique sans aucun doute une part importante de l'explosion de la population asilaire, d'autres facteurs viennent renforcer cette tendance.

Les psychiatres de la fin du XIXe font le constat de la corrélation entre situation économique paysanne et taux d'occupation asilaire. Selon Julia Brown, une partie de la paysannerie récemment émancipée, ne voyant pas ses conditions de vie progresser, utilise les asiles « en fonction de ses besoins de survie. [...] L'utilisation de l'asile a diminué et s'est répandue, non

pas en réponse à l'évolution des niveaux de pathologie individuelle, mais en fonction des besoins de survie de la communauté paysanne » (34). On retrouve à la fin du siècle une tendance à la saisonnalité de l'utilisation de l'asile : la période estivale est le grand moment de l'année. « Le printemps apportait ce qui équivalait à un échange de patients : les plus aptes étaient retirés des établissements par leur famille pour aider au travail de l'été, tandis que leur nombre était remplacé par les plus calmes et moins exigeants des "faibles d'esprit", qui avaient été gardés le plus longtemps possible dans leur foyer » (34). Les familles paysannes organisent chaque année la libération de certains de leurs "fous" alors internés dans les ailes, mains disponibles pour la récolte, tandis qu'elles y envoient les individus les plus fragiles de la communauté. Ainsi déclare N. N. Bazhenov (1887) :

Il est facile d'imaginer comment, par une journée torride d'été, alors que toute la population adulte d'un village est dans les champs, l'un de ces "saints fous" ou "idiots" que l'on trouve dans presque tous les hameaux pourrait très facilement détruire tout le village en fumant une cigarette dans un fenil, en cuisant un *kasha* près d'un bâtiment ou en jouant simplement avec des allumettes ou un bout de bois en feu (34).

Au contraire, certains individus alors placés en asiles peuvent apporter une aide précieuse à la communauté lors des récoltes⁴³ : « Les paysans, écrit Julia Brown, s'attendaient à ce que tous ceux qui pourraient travailler contribuent par leur labeur à cette période critique de l'année. Cela comprenait même certains de ceux qui, auparavant, avaient été placés en institution pour aliénation mentale » (34). Puis, l'hiver venant, le nombre d'admissions en institution augmente, proportionnellement aux difficultés rencontrées par les familles. « Quand leur travail était nécessaire à la maison [ces malades] réussissaient à travailler aux côtés des membres "sains d'esprit" de leur foyer. Lorsque leur présence est devenue pesante à la maison, ils sont réapparus aux portes de l'asile » (34). Le psychiatre Timofeev témoigne (1898) :

Nous observons que la même tendance se répète d'année en

⁴³ « Alors que les requêtes familiales directes ne représentaient qu'une faible proportion des admissions au titre de l'asile, la plupart des libérations étaient à la demande de la famille (Chizh, 1888 ; Kovalevskii, 1880). Selon les rapports institutionnels, un pourcentage beaucoup plus élevé de sorties de patients au cours du printemps et de l'été s'est produit contre l'avis d'un psychiatre et "sans amélioration satisfaisante" de l'état mental de l'individu (Ginzberg-Shik, 1889, 1892 ; Kovalevskii, 1880). » (Brown, 1987)

année. À l'automne, une fois la récolte terminée, une masse d'ouvriers descend sur la ville pour offrir des services en échange d'un peu plus que de la nourriture. Chacun se contente d'avoir quelqu'un pour s'occuper de lui. Après tout, cela signifie une bouche de moins à nourrir dans la famille. S'il gagne un peu d'argent, c'est du profit. Une fois le printemps arrivé, il repense à sa maison. Quand vient le temps du premier travail dans les champs, il s'ensuit un exode vers la campagne (34).

L'exode rural touche la Russie tout au long du XIXe siècle ; les masses importantes de paysans venant chercher à la ville des moyens de survivre fournissent un large cortège d'admissions à l'asile ; comme l'écrit Brown « la plus grande partie des nouvelles admissions à l'asile provenait des groupes qui avaient déjà quitté le village pour travailler ou mendier, et qui se sont ensuite révélés incapables ou peu disposés à s'adapter aux exigences de l'environnement urbain. Quelques-uns d'entre eux ont été transférés d'hôpitaux vers des institutions psychiatriques ; cependant, les rapports d'asile indiquent que la plupart étaient des jeunes hommes admis par les autorités locales pour des comportements "inappropriés", tels que l'abus d'alcool, la mendicité, la bagarre et le fait de fréquenter des prostituées » (34). Il est également intéressant de se pencher sur le profil des préposés de l'hôpital psychiatrique, proche des internés ; comme le rappelle le psychiatre Lysakovski (1912) :

les ouvriers considèrent l'hôpital comme un abri temporaire pour ceux qui sont tombés dans des moments difficiles(34)

« Les similitudes, écrit Brown, sont suffisamment frappantes pour que l'on se demande si le sort d'un jeune homme au cours d'un hiver donné n'est pas souvent moins le résultat de son état mental que des circonstances qu'il a rencontrées après son arrivée dans une capitale provinciale. S'il n'avait d'abord été dirigé vers le bureau de l'emploi de l'hôpital psychiatrique provincial, il aurait peut-être utilisé son maigre salaire pour acheter ces boissons dont les effets perturbaient tant ses employeurs. Si, d'autre part, sa destination initiale était une taverne, son arrestation subséquente pour ivresse et vagabondage pourrait bien avoir conduit à son enfermement dans la même institution qu'un patient. Dans les deux cas, il a probablement rejoint les autres membres de sa famille dans les champs pour la récolte de l'été suivant » (34).

Les admissions au sein d'asiles de ces populations ne rencontrent que peu de résistance de la

part des psychiatres : comme l'écrit Brown « la porte d'entrée de l'établissement était contrôlée par les médecins psychiatres qui la géraient. Dans la pratique, ces gardiens officiels n'offraient que peu d'obstacles à ceux qui cherchaient à se prévaloir des services qui y étaient fournis. Les paysans russes ont rapidement appris ce que les sociologues occidentaux ont redécouvert un siècle plus tard : les gardiens psychiatriques cherchaient rarement à prévenir les admissions, car ils croyaient ardemment à l'efficacité du traitement institutionnel et étaient prédisposés à voir de nombreuses manifestations de pathologie » (34). Lorsque, dans les rares cas de refus, la population sait jouer habilement de la législation : on accompagne alors le « malade » auprès de la police, qui se charge de demander une hospitalisation. « Une demande de la police a été interprétée comme signifiant que l'individu était potentiellement dangereux et que l'institution était tenue par la loi de l'accepter [...]. Le défaut de s'y conformer expose le psychiatre à des sanctions pénales en vertu d'une loi obligeant les médecins à fournir des soins médicaux à ceux qui en ont besoin » (34). 25% des admissions asilaires sont alors du fait de la police – 60% dans certaines régions (34).

Les établissements psychiatriques des *zemstvos* sont situés, pour une large partie d'entre eux, au sein des capitales provinciales, capitales dans lesquelles les paysans affluent en hiver après la fin de la récolte. La fonction première de la police est alors de garantir et non de résoudre le "bon ordre des rues" ; tâche rendue très difficile par l'augmentation de la population urbaine et la capacité limitée des prisons dans la plupart des villes. « L'accès facile aux asiles locaux, souligne Brown, en a sans doute fait une alternative pratique » (34).

On assiste alors à ce que Jan Goldstein nomme une « querelle de frontière » (238), engageant deux autorités. Les psychiatres se plaignent du manque de légitimité de la police pour déceler la folie et reprochent à la police d'amener à l'asile, non des malades mentaux, mais des individus troublants l'ordre public. De même, les psychiatres soulignent que certains individus sont amenés par la police, bien qu'il n'existe aucun critère de dangerosité. Ainsi, donnons l'exemple d'un rapport de Pavel Iakobi (1900) qui souligne que 80% des femmes amenées par la police à l'hôpital d'Orel sont en réalité inoffensives : le « danger » qu'elles représentent se limite à l'absence de logement clairement identifié par la police (34).

Le manque d'autorité des psychiatres se fait également ressentir sur la question des sorties d'hospitalisation : les familles viennent récupérer les malades à leur guise, sans égards à leur état, faisant fi des recommandations des médecins. « Dans l'ensemble, écrit Julia Brown, ils n'ont pas réussi à faire le moindre lien entre les besoins familiaux ou communautaires et ces modes particuliers d'utilisation de l'asile » (34).

b) L'arsenal législatif

Sur le plan législatif, il existe, dans la Russie impériale, des mesures de placement forcé des aliénés.

Depuis un décret de 1721 du tsar Pierre le Grand, *Sur la certification des imbéciles par le Sénat*, la chambre peut décider de la santé mentale des individus. Avant les années 1870, aucun aliéné ne peut être interné de force, si ce n'est pas décision policière, après avoir été préalablement interdit (25).

Sur le plan administratif, deux cas de figure existent : les individus employés par l'État et les autres. Pour les fonctionnaires (militaires, marins, fonctionnaires), le placement nécessite un certificat rédigé par le médecin du service dont le malade dépend. Les autres peuvent être emmenés directement à l'asile, avec ou sans certificats. Dans les vingt-quatre heures suivant l'internement, le directeur de l'établissement est tenu d'envoyer un rapport à une Commission spéciale dirigée par le gouverneur de la Province. Lorsque le patient est dangereux ou ayant commis un crime ou un délit, il est envoyé au dépôt de police de la ville la plus proche, dépôt d'observation qui s'occupe également des ivrognes et des malfaiteurs. Des inspecteurs sont nommés à la fois par le gouvernement et par les différentes classes sociales (aristocratie, bourgeoisie) ; ces derniers détiennent les pleins pouvoirs pour inspecter les asiles et contrôler leur administration (239).

Les placements d'office par l'autorité ne peuvent seulement être mis en place lorsque l'aliéné a commis un acte délictueux ; lorsque ce prérequis n'est pas respecté, l'aliéné ne peut être envoyé dans un asile contre son gré que sous la demande de ses parents, tuteurs ou héritiers. Si le placement se fait sans enquête préalable, le directeur de l'établissement a le devoir de faire porter la connaissance de la situation au gouverneur de la province (art. 368) (27).

Ces mesures ont parfois été utilisées à des fins répressives. Ainsi, sous le règne d'Alexandre Ier (1801-1825), un dénommé Ivanov, un jeune *junker* poète à ses heures, composant des vers « épris de liberté », s'attaquant à l'autocratie, est déclaré fou et emprisonné (38). Quelques années plus tard, M. Kologrivov est placé dans un asile par un décret spécial du Sénat pour avoir pris part active à la Révolution française de 1830. « Étant donné qu'il s'est conduit comme un fou, il sera puni comme un fou » (240) peut-on lire dans le décret.

Nous allons ici donner deux exemples plus détaillés de cas d'utilisation détournée de la psychiatrie durant la période impériale, envers le poète Tchaadaïev et le Grand-Duc Nicolas.

2. Tchaadaïev, poète, critique et "fou"

a) *De la critique à la répression*

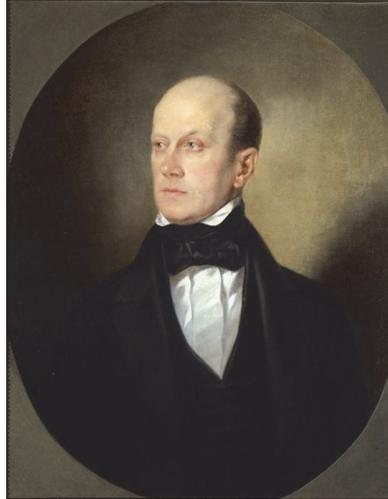


Figure 24 : Piotr Iakovlevitch Tchaadaïev (1794-1856)

En 1836, l'écrivain, poète et philosophe Piotr Iakovlevitch Tchaadaïev (1794-1856), revenant d'Europe occidentale, écrit, lors d'un séjour en Europe, *La Lettre philosophique*, virulente critique du régime de Nicolas Ier :

Au mépris de toutes les lois de la communauté des hommes, la Russie n'avance que dans le sens de son propre asservissement et de l'asservissement de tous les peuples voisins (38).

Ce texte n'est pas le premier ni le plus virulent, des brûlots visant le pouvoir russe ; ce qui attire l'attention des autorités, c'est la grande diffusion du texte qui ne se limite pas aux salons guindés, mais, traduit sept ans après en langue française, paraît dans la presse au sein des colonnes du *Télescope* ; débute le scandale. Il s'agit dès lors de punir sévèrement.

Les hommes qui décident du sort du poète sont les trois plus grandes autorités du pays et qui, toutes trois, le connaissent personnellement : le tsar Nicolas, qui a rencontré Tchaadaïev durant les guerres napoléoniennes, et ses conseillers Benkendrof, apparentant à la même loge maçonnique que Tchaadaïev, *Des amis réunis*, et Uvarov, fréquentant la haute société cultivée de son temps, le croisant régulièrement dans les sociétés littéraires.

b) De la folie de Tchaadaïev

En octobre 1831, Uvarov présente un rapport à la Direction générale de la censure (*Glavnoe upravlenie cenzuy*) sur le texte du philosophe ; le document est ensuite transmis au tsar. Nicolas Ier répond à Uvarov :

Après avoir lu l'article, je trouve que son contenu est un mélange de sottises imprudentes dignes d'un fou : nous ferons certainement une enquête là-dessus, mais ni le directeur de la revue ni le censeur ne sont pardonnables. Vous devez ordonner la fermeture immédiate du journal, la destitution des deux coupables de leurs postes et leur convocation immédiate ici même pour rendre compte de leurs actes (38).

Le texte, étant passé à travers les mailles de la censure, pose au gouvernement un problème non négligeable. Dans le rapport du comité ayant enquêté sur l'affaire, on peut lire que :

cette affaire eut deux aspects : l'un concernait le contenu de l'article de Tchaadaïev, l'autre, infiniment plus important, était le fait qu'un tel article fût publié à un moment où les plus hautes sphères du gouvernement faisaient tous les efforts possibles pour raviver l'esprit populaire et exalter tout ce qui était russe (38).

L'empereur convoque le général Benkendorf pour rédiger une lettre officielle destinée au prince Dimitri Golitsyn, gouverneur militaire de Moscou, afin de régler le problème posé par Tchaadaïev : l'empereur réclame non seulement que :

les habitants de Moscou ne dirigent pas leur courroux contre M. Ceodaev [sic], mais qu'ils manifestent au contraire leur sincère regret pour la maladie mentale à laquelle il avait succombé et qui ne pouvait être que la seule raison d'écrire de telle absurdité. [...]. Sa Majesté ordonne que vous confiez son traitement à un bon médecin, en ordonnant d'aller voir M. Ceodaev chaque matin sans faute, et que toutes les dispositions soient prises afin que M. Ceodaev n'expose pas sa santé à l'effet nuisible de l'air habituellement humide et froid ; en un mot, que tous les moyens soient employés pour assurer la restauration de sa santé (38).

Se pose alors la question de la folie ; les contemporains de Tchaadaïev croyaient-ils vraiment à sa folie ou ce diagnostic reflète-t-il uniquement une répression politique ? Il semble que la deuxième proposition soit la plus correcte. En effet, Uvarov, dans une lettre adressée à Nicolas Ier, écrit :

Je considère cet article comme un véritable crime contre l'honneur religieux, politique et moral. [...]. [Il s'agit de] un article dont la teneur a révélé de façon plutôt inattendue, non le délire d'un fou, mais plutôt la haine systématique d'un homme qui insulte de sang-froid le saint des saints et ce qu'il y a de plus précieux dans son pays (38).

Comme le souligne Richard Tempset, il existe « peu de doutes quant à l'intention du tsar de décréter la folie comme une punition, et, qui plus est, non pas comme une punition-jugement [...], mais comme une punition-insulte. Les contemporains ont également perçu les mesures du gouvernement vis-à-vis de l'auteur comme une forme de punition » (38).

En novembre 1836, Tchaadaïev est convoqué au bureau du chef de la police moscovite, Lev Tsinski, qui lui annonce la décision impériale de le déclarer fou. L'écrivain, selon le témoignage du commissaire, se défend en rapportant que ses *Lettres* avaient été lues :

par beaucoup de monde tant ici qu'à Pétersbourg, et ce fait même le tranquillisa et lui donna l'espoir que, comme cela avait été le cas auparavant, elles rencontreraient l'approbation de certains lecteurs (38).

Nicolas le fait placer en résidence surveillée. Le médecin mandaté par le pouvoir confirme la pathologie de l'écrivain :

L'essai de Tchaadaïev [...] et les idées qui y sont exprimées ont soulevé des sentiments de colère et de dégoût chez tous les Russes, sans exception. Mais cette horreur s'est rapidement transformée en pitié quand ils ont appris que leur malheureux compatriote, l'auteur de cet article, souffrait de dérangement mental et de folie. Prenant en considération la triste condition de

cette personne infortunée, le gouvernement, dans sa sollicitude et son souci paternel pour ses sujets, lui interdit de sortir de sa maison et lui fournira, gratuitement, les soins médicaux nécessaires qui lui seront prodigués par un médecin désigné par les autorités locales parmi ceux qui se trouvent dans leur juridiction (240).

Le poète doit suivre à domicile un traitement un an durant, avant de pouvoir poursuivre sa carrière littéraire.

3. Sauver l'honneur de la famille impériale : la folie du Grand-Duc Nicolas

a) La passion amoureuse d'un Grand-Duc

Autre histoire relatant de la collusion politique/psychiatrie : la condamnation du grand-duc Nicolas, neveu de l'empereur Alexandre II.

Harriet Blackford, une jeune actrice, « provocante blonde de Philadelphie au regard aguicheur » (72), arrive à la cour impériale. Connue sous le nom de Fanny Lear (241), l'Américaine a déjà écumé l'Europe, fréquentant les jeunesses dorées et les vieillesses argentées occidentales. « Tout ce qui brille me fascine » (72) écrit-elle.



Figure 25 : Fanny Lear (1848-1886)

En 1870, lors d'une soirée, au théâtre Mariinskii, la courtisane faite la rencontre d'un :

jeune homme de vingt-deux ans et d'un mètre quatre-vingt, très bien fait de sa personne, grand et mince [au] lèvres rouges et pleines, sensuelles et passionnées. [...]. Je sus, sans l'ombre d'un doute, que j'avais un grand-duc face à moi (72).

Il s'agit de Nicolas Constantinovitch, neveu du tsar Alexandre II, fils de Constantin, personnage important de l'État impérial. Le jeune homme tombe sous le charme de Fanny ; débute une tumultueuse relation, passion qui chez le jeune russe ira jusqu'à l'obsession.



Figure 26 : Nicolas Constantinovitch de Russie (1850-1918)

Jaloux, Nicolas fait signer à sa maîtresse, en échange de la somme de mille roubles, un accord de possession total :

En ma qualité d'Américaine de bonne éducation, je fais le serment de ne jamais voir ou parler à qui que ce soit, en quelque endroit que ce soit, sans la permission de mon auguste maître et me déclare esclave de corps et d'esprits du grand-duc russe (72).

Fol amoureux, le Grand-Duc dépense sans compter : Nicolas fait sculpter une statue à l'image de sa dulcinée (toujours visible dans son palais de Tachkent), commence à lui offrir des diamants. Son père, Constantin, et son oncle, l'empereur, finissent par ne plus tolérer l'emprise que Fanny Lear exerce sur Nicolas – un mariage avec elle serait une catastrophe - et en février 1873, l'envoi combattre en Asie centrale (72) afin de l'éloigner.

Nicolas participe activement au conflit et dirige l'avant-garde de l'armée qui prend Khiva le 29 mai. Mais ni les combats ni les honneurs ne lui font oublier Fanny.

Quittant les armes, Nicolas retrouve l'Américaine et se rend en Europe avec elle, dans une débauche de prodigalité et de luxe même selon les standards impériaux. Rapidement à court de moyens, le couple rentre à Saint-Pétersbourg. Dolomane, Nicolas poursuit ses offrandes à sa maîtresse, des diamants surtout. Diamants qu'il conseille à Fanny de conserver à l'abri, à l'ambassade américaine (72).

b) La « Folie » du Grand-Duc Nicolas

Le 10 avril 1874, Sanny, la mère de Nicolas découvre que l'une des icônes de son mariage a été vandalisée, les diamants qui l'ornaient, dérobés. L'enquête aboutit rapidement : le 12, on retrouve les diamants chez un prêteur sur gages. Le scandale, pourtant, ne fait que commencer : les pierres précieuses ont été mises en gage par l'aide de camp de Nicolas.

Le lendemain, l'aide de camp et Nicolas sont interrogés par Constantin et le gouverneur de Saint-Pétersbourg, le général Trepov. La police secrète informe Constantin que son fils avait volé les diamants pour donner l'argent à Fanny Lear :

Ce fut un enfer absolu pour moi que de constater le déclin spirituel et la corruption de Nicolas. Nul remords. Une créature méprisable. J'ai pris son épée et l'ai placée sous bonne garde pour éviter qu'il ne se tue. Je me suis couché à 4 heures, moralement et physiquement anéanti (72).

Le 13 avril, Constantin est reçu en audience par son frère, le tsar Alexandre II ; il demande que son fils soit déclaré fou. Militourine, proche de l'empereur, note l'abattement que produit l'affaire sur Alexandre :

Je percevais des signes clairs de sa désolation. Il ne pouvait parler sans verser des larmes pour la honte que le comportement abominable [de Nicolas] avait infligées à la famille (72).

Alexandre, déclarant son neveu mentalement malade, le destitue de ses titres et de son rang militaire, et le contraint à l'exil tout en lui maintenant sa pension (72). Constantin est soulagé, l'honneur est sauf :

Dieu merci. Si difficile soit-il d'être le père d'un aliéné, il serait insupportable d'être le père d'un criminel, ce qui rendrait intenable ma position [de grand-amiral et de président du Conseil d'État] (72).

Dans un second temps, les médecins diagnostiquent chez le grand-duc une anomalie mentale, mais non une démence (72). Nicolas est exilé à Tachkent en Crimée.

De son côté, le domicile de Fanny Lear est perquisitionné par le comte Levachov ; ce dernier lui offre cinquante mille roubles en échange des bijoux, sa discrétion et son départ immédiat de Russie. L'Américaine accepte et quitte la Russie.

II. La psychiatrie russe et la Révolution

A. *La Révolution d'Octobre et la psychiatrie*

1. Médecins et Révolution de 1905

a) *Médecine et fonctionnariat*

La défaite subit lors de la guerre russo-japonaise de 1905, associée aux grandes épidémies (typhus, choléra, peste) qui ravagent l'empire, plonge la Russie au bord du chaos (78). La Révolution de 1905 force le tsar à enclencher un processus de démocratisation, processus qu'il tentera rapidement de renier.

Les hôpitaux participent largement aux grèves et manifestations qui secouent le pays. Les revendications des travailleurs hospitaliers sont d'ordres économiques et politiques : réclamant l'amélioration des conditions de travail et une augmentation salariale, ils exigent une refonte de la gouvernance hospitalière et demandent la mise en place d'un gouvernement participatif pour l'hôpital, ce qu'ils obtiennent ; des comités de gouvernance hospitaliers sont organisés, incluant médecins, paramédicaux et travailleurs hospitaliers (242).

Si une partie du corps médical est réticent à cette démocratisation de l'hôpital, la frange des médecins ayant participé aux événements révolutionnaires reconnaît la légitimité des revendications, tout en reculant devant l'application des principes à la gestion hospitalière. « La plupart des membres de la profession, souligne Julia Brown, étaient douloureusement conscients que l'agitation au sein de l'hôpital était inextricablement liée à la lutte politique plus large dans laquelle ils étaient activement engagés. Après s'être joints au prolétariat hospitalier pour exiger que la Russie soit gouvernée par une Assemblée constituante, les médecins ont été placés dans une position particulièrement délicate lorsque les travailleurs ont exigé un gouvernement similaire pour leur lieu de travail commun. Le principe du suffrage universel et égalitaire était un principe que la plupart des médecins préconisaient pour l'empire dans son ensemble ; cependant, l'appui à la position des travailleurs dans les petites limites de l'hôpital impliquait que chaque employé, qu'il soit médecin, *feldsher*, infirmier ou aide-soignant, était également capable de prendre des décisions responsables concernant les affaires hospitalières.

Accepter ce principe équivaudrait à nier leur supériorité professionnelle, qui repose vraisemblablement sur les connaissances et les capacités de la seule profession médicale » (242).

Si la majorité des psychiatres espèrent pouvoir concilier leurs convictions politiques progressistes et leurs intérêts professionnels, une minorité importante défend une gouvernance plus inclusive, tandis qu'à l'autre extrémité du spectre professionnel et politique on retrouve quelques défenseurs de l'ancien système (242).

La thèse de la démocratisation de l'hôpital devient majoritaire autour de 1910 alors que la réaction bat son plein ; ce renversement, comme l'écrit Brown, n'est pas tant « le résultat de rapports positifs émanant d'institutions démocratisées (bien qu'il y en ait eu quelques-unes) qu'une réaction à la pression extérieure exercée par des *zemstvos* de moins en moins coopératifs et politiquement réactionnaires et par le gouvernement tsariste » (242).

La décennie 1905-1915 est éprouvante pour le corps médical. La grande majorité des médecins sont alors fonctionnaires – moins d'un quart des médecins russes exercent alors en cabinet privé, principalement dans les zones urbaines (224). Le mouvement initié au cours des années 1860 défendant une plus grande autonomie du corps médical est anéanti par la révolution de 1905 ; nombre de praticiens participent aux mouvements d'agitation et plus de mille d'entre eux sont arrêtés, licenciés ou exilés (224). Après 1905, le gouvernement réaffirme sa volonté de contrôler la médecine et la santé publique, ce qui prive, comme l'écrit Nikolai Krementsov, les « professionnels de santé d'une voix et d'une place dans les développements sociaux et politiques du pays » (224). L'efficacité des mesures engagées contre les grandes épidémies qui ravagent la Russie entre 1905 et 1917 désarme les critiques corporatistes

Les médecins russes, placés dans une position d'exécutant du gouvernement, souhaitent toutefois voir leur savoir devenir utile pour la société ; la médecine, basée sur la science, a à dire sur la société et son organisation.

b) Une nouvelle génération de psychiatres

La reprise en main autoritaire du monde universitaire à la fin de la décennie 1900, est à l'origine d'un renouveau de la contestation médicale ; certains psychiatres, comme Pëter Kachtchenko et Yakovenko, médecins phares des *Zemstvos*, s'engagent dans la contestation politique du système.

Une part non négligeable des médecins russes ne sont pas dépolitisés ou apolitiques. Proches des courants libéraux, voire des milieux socialisants⁴⁴, une partie d'entre eux se font les critiques, avant 1917, du régime tsariste, considéré comme nuisible à la population. Comme l'écrit l'historien J. Brown, « l'opinion psychiatrique s'est progressivement articulée autour de la proposition selon laquelle l'ordre existant représentait une menace pour la santé mentale et physique de la population. [...] Les conclusions scientifiques sont devenues un appel aux armes » (64).

Une nouvelle génération de psychiatre poursuit cette tendance à l'insubordination. En 1907, quelques jeunes psychiatres démissionnent de leurs postes universitaires en signe de protestation : Petr Gannushkin, Sergeï Soukhanov, Tikhon Iduin.

Au chômage, les membres du groupe se dispersent alors au sein de l'empire : Gannushkin est engagé à l'hôpital de Moscou, Soukhanov à Saint-Pétersbourg, Iudin à l'asile psychiatrique de Kharkov géré par le *Zemstvo*. Malgré cet éloignement géographique, les jeunes gens n'abandonnent pas leur désir de réforme. En 1907, ils fondent, sous la direction de Gannushkin, *Sovremennaia psikhiairiia*, *Psychiatrie moderne*, revue au titre provocateur (224), qui se veut un espace de réflexion, de discussion et de diffusion des idées modernes en psychiatrie, qu'elles soient d'ordre théorique ou pratique. L'une d'elles est l'importance de l'hérédité. Leur aîné Pëter Kachtchenko devient membre permanent du comité de rédaction (60).

2. Résoudre la crise sanitaire

a) *Sur les ruines de la guerre, la Commission de psychiatrie et de neurologie*

La Première Guerre mondiale, aggravée par les ressauts révolutionnaires, plonge la Russie dans la misère ; les hôpitaux psychiatriques sont largement victimes de cet effondrement.

La contagion de l'esprit révolutionnaire bouleverse l'organisation hospitalière, venant aggraver la situation déjà chaotique : les hôpitaux psychiatriques sont désormais gérés de manière collective, les médecins-chefs sont élus par le personnel, rendant la situation plus confuse. En

⁴⁴ « Dans les milieux conservateurs, les médecins ont toujours été regardés avec suspicion » témoigne le Dr. Marcou, médecin chef à l'hôpital Troïzky de Saint-Pétersbourg. (Docteur Marcou, *Comment les médecins ont préparés la révolution en Russie*, La Chronique médicale, 24^e année, n° 5, 1^{er} mai 1917, p. 131).

avril 1917, le congrès de l'*Union des psychiatres et neurologues* approuve ces évolutions (217). En 1919 est créé le Syndicat des travailleurs de la santé (*Vsemediksantrud*) : les médecins sont placés sur un pied d'égalité avec l'ensemble le personnel médical. Comme l'écrit l'historienne Julia Borwn, « les médecins, autrefois fiers et indépendants, se sont progressivement effacés en rejoignant [les rangs du syndicat], sacrifiant ainsi leur position dominante au sein de la division médicale du travail » (242).

Afin de résoudre la question sanitaire catastrophique, certains psychiatres recommandent au nouveau ministère de la Santé de convoquer une large commission, réunissant médecins, autorités administratives, représentants gouvernementaux et citoyens, afin de repenser la question hospitalière dans son ensemble (217). En 1918 une nouvelle administration est créée – la *Commission de psychiatrie et de neurologie* - rattachée au *Narkomzdrav*, le Commissariat à la santé. La *direction de l'Union russe des psychiatres et des neurologues* est alors sollicitée pour recommander des médecins pouvant se charger l'animation de la commission. P. Gannushkine, élu à la tête de l'*Union russe des psychiatres et des neurologues* fait voter la proposition suivante :

Considérant qu'à notre époque critique tous les efforts des représentants des professions sociales doivent être appliqués sans réserve à l'organisation de l'État et de la Société, la direction de l'Union reconnaît comme son devoir de contribuer au travail du nouveau collègue (17).

Pëter Kachtchenko, Leonid Prozorov et Ivan Zakharov sont désignés pour diriger la structure naissante (220), structure farouchement centralisatrice. Ces hommes, parmi les spécialistes les plus renommés de la période impériale, ne sont pas acquis au bolchevisme : au sein de la *Commission de psychiatrie et de neurologie*, seul le neurologue Fal'k est communiste. « Katchchenko et Prozorov symbolisaient deux générations de psychiatres écrit l'historien Gregory Dufaud. La première, formée dans les années 1880, participa à la construction d'un réseau d'établissements psychiatriques et défendit une vision médicale de la folie. La deuxième, diplômée à la veille de la révolution de 1905, s'attache à structurer le champ de la psychiatrie par le biais de congrès et de revues spécialisées » (220).

Kachtchenko, psychiatre à la tête de la Commission de psychiatrie et de neurologie, est déjà âgé de 58 ans lorsque de la Révolution de 1917 éclate et a derrière lui une carrière déjà illustre. Partisan d'une véritable médicalisation de la folie, il travaille à humaniser le traitement

psychiatrique (60).

Prozorov (1877-1941), jeune psychiatre de 40 ans, est d'une autre génération (243). Il axe son travail sur la recherche autour de la schizophrénie, mais également, après 1905, sur les conséquences psychologiques de la révolution sur ses participants. Une fois membre de la Commission de psychiatre et de neurologie, il s'engage pour la "dispensarisation" et la "psychiatrie de secteur" (*raïonnaïa psikhiatriia*) pour les malades sortis de l'hôpital (220).

La composition de cette commission marque le début de la prédominance de l'école psychiatrique de Moscou sur celle de Petrograd⁴⁵ (nouveau nom de Saint-Pétersbourg de puis 1914).

Des fonds sont débloqués pour répondre au drame sanitaire et former du personnel médical, en particulier infirmier, afin d'améliorer les soins proposés aux patients psychiatriques du pays ; les cliniques privées sont fermées ainsi que les institutions spéciales créées durant la guerre par la Croix-Rouge et l'armée. Dès lors, comme l'écrit Dufaud, « était [...] parachevé le processus d'institutionnalisation de la psychiatrie qui disposait déjà de son cursus de formation, de ces ses spécialistes et de ses congrès. Elle fut le résultat de la rencontre entre, d'une part, la volonté des *bolcheviks* d'assainir et de refondre le corps social et, d'autre part, l'engagement de psychiatres qui s'étaient battus non seulement pour inscrire leur spécialité dans le champ médical, mais aussi pour l'érection d'un système de santé psychiatrique [...] » (220). Sous l'égide de Nikolaï Semachko, le commissaire de la santé, ardent partisan de la prévention médicale, la psychiatrie russe se fixe pour objectif "l'hygiène sociale" (244): les structures de soins auront donc pour but autant la délivrance de traitement qu'un rôle éducatif. Comme l'écrit G. Dufaud, « tous les domaines de la vie et des habitudes étaient redéfinis. Le corps lui-même [...] devait être entretenu, voire remodelé. Les pratiques sportives, le brossage des dents et le bain furent vivement recommandés. Pour certains hygiénistes, le sport, dont les bénéfices étaient à la fois culturels et économiques, avait aussi la vertu d'éloigner des vices : excès de nourriture, sexe, mais surtout tabac et boisson qui détruisent le corps, l'esprit et la société. L'alcool surtout menait, selon eux, à la drogue, la délinquance ou la prostitution. Pour les individus drogués, alcooliques ou atteints de maladies vénériennes, le *Narkomzdrav* créa des institutions où ils pouvaient se soigner pour (re)devenir des citoyens actifs et productifs, participant à l'édification du socialisme » (245).

⁴⁵ Cette domination ne doit pas cacher les évolutions qui ont lieu au sein de la psychiatrie russe aboutissant à une large porosité entre les écoles ; ainsi les héritiers de Korsakoff comme Gannouchkine et Giliarovski, s'ils continuent dans la voie de leur maître, s'intéressent également aux questions de physiologie.

b) Résoudre la catastrophe sanitaire

En 1918, la *Commission de psychiatrie et de neurologie* doit faire face à une situation sanitaire de grande ampleur : les hôpitaux psychiatriques sont durement touchés par la crise traversant le pays : comme l'écrit Pëter Kachtchenko :

la psychiatrie [russe] n'avait jamais été confrontée à une telle situation (220).

Bien, qu'avant-guerre, les structures psychiatriques n'accueillent qu'environ 10 à 15 % des malades du pays selon une estimation de la Commission, elles sont pourtant déjà totalement saturées.

La guerre mondiale vient complètement perturber ce fonctionnement déjà précaire. Manquant de matériel médical, de personnel et de nourriture, les institutions sont débordées ; les épidémies emportent un nombre considérable de patients : dans les hôpitaux psychiatriques de Moscou le taux de mortalité, de 8-9 % avant-guerre, bondit à 30 % en 1918, et atteint 70 % pour les patients récemment admis (220).

La forte mortalité vide l'hôpital : en 1918, on dénombre plus de 6 000 places inoccupées dans les centres de soins asilaires (63). Les épidémies (typhus exanthématique, fièvre typhoïde) et la disette (1 906 calories/jour pour les patients durant la guerre) sont deux des principales causes de la mortalité hospitalière (63). Selon le témoignage de Léonid Prozorov :

Tout le travail des médecins et des administrateurs des asiles est la lutte perpétuelle pour arriver à se procurer des produits alimentaires. La distribution du dîner et du souper dans les sections des agités présente souvent un tableau analogue à l'alimentation de bêtes fauves dans une ménagerie [...]. Les médecins sont obligés de surveiller perpétuellement le personnel pour que la faible ration des malades ne soit pas encore diminuée. Une influence néfaste sur les malades est exercée encore par le froid qui règne dans les asiles à cause du manque de combustible. La température oscille entre 8° et 10°.

Tel est le tableau de la situation matérielle des asiles russes pendant la guerre et la révolution (63).

Nombres d'hôpitaux ferment leurs portes par manque de moyens : 39,29 % des lits ferment : de 28 017 en 1914, le nombre de lits s'effondre à 11 156 en 1922 (246).

Centralisant l'organisation hospitalière, la Commission s'attelle à la réformer. Grâce à la hausse du budget dévolu aux institutions psychiatriques, les équipements médicaux s'améliorent, les rations alimentaires augmentent, les locaux sont mieux chauffés ; la mortalité retrouve progressivement son niveau d'avant-guerre. La Commission lutte également pour freiner la diminution du nombre de lits ; mieux, on assiste à la création de petits hôpitaux comme à Briansk, Ivanovo-Voznesensk, Sasov ou Rostov-sur-le-Don (220). D'une soixante d'hôpitaux et 17 140 lits en 1918, la psychiatrie nationale doit gérer 77 hôpitaux et 19 149 lits en 1927 (196). Un effort est également effectué en faveur de la formation du personnel soignant, par l'intermédiaire de cours et de la création d'écoles spécialisées. Enfin, particulièrement grâce à l'action de Leonid Prozorov, le développement de la psychiatrie de secteur est acté dans diverses villes.

Si par leurs travaux, les membres de la Commission peuvent estimer que la situation s'est améliorée, ils sont bien conscients du chemin restant à parcourir. Comme l'écrit Dufaud, « nonobstant les changements que l'administration psychiatrique entendait initier, les asiles présentaient un fonctionnement fort éloigné de la rationalisation et de la médicalisation défendues par ses porte-parole [...] » (220). Tout d'abord, le personnel n'est que peu formé, peu impliqué et peut être parfois violent et maltraitant envers les patients, qu'ils regardent bien souvent avec le regard profane du XIX^e siècle, voyant dans le *fol* la présence divine, dans le meilleur des cas, ou comme étant un être déshumanisé et bestialisé.

B. La psychiatrie soviétique après la Première Guerre mondiale (1917-1930)

Avec la révolution l'école psychiatrique de Moscou devient dominante. Des journaux spécialisés paraissant avant 1917, un seul subsiste, le moscovite *Korsakov Journal de neurologie et de psychiatrie* (*Zhurnal Nevropatologii i Psikhiatrii am. Korsakova*) (19) : ce titre devient le fer de lance de la recherche psychiatrique soviétique, impactant profondément la formation et la pensée des nouveaux psychiatres formés après la révolution. Les publications provinciales renaissantes – pensons particulièrement la revue publiée par le *Institut Psycho-Neurologique Bekhterev* à Leningrad – tenteront de proposer une pensée théorique alternative à l'hégémonique vision de la capitale, mais resteront à une place périphérique. Ainsi Viktor P. Ossipov, responsable de le *Institut Bekhterev* à Leningrad, travaillera largement sur la question des différentes formes de la schizophrénie, de ses limites nosologiques (102), mais également

sur la question des psychoses organiques ; son *Manuel de Psychiatrie* (1931) dénote encore d'une grande liberté d'esprit (19). Toutefois, les années passants, la psychiatrie soviétique devient majoritairement d'obédience moscovite (19).

Malgré cette redistribution des rapports de force, la jeune école psychiatrique soviétique connaît, jusqu'aux années 1930, une certaine hétérogénéité de points de vue ; la science semble encore avoir une existence autonome du pouvoir – et de l'idéologie – politique.

1. Figures de la psychiatrie soviétique

a) *Petr Borisovich Gannushkin (1875-1933)*



Figure 27 : Petr Borisovich Gannushkin (1875-1933)

Petr Borisovich Gannushkin (1875-1933) (247), élève de Korsakoff et de Serbski, est l'un des principaux chefs de file de l'école moscovite lors de la période postrévolutionnaire.

Diplômé en 1898, influencé par les enseignements de Kozhevnikov et Korsakoff, il se destine à la psychiatrie. Gannushkin commence sa carrière en clinique à Moscou tout en écrivant quelques articles. En 1901, il publie une étude en langue française, inédite en Russie, dans les *Annales Médico-Psychologiques*, intitulée *La Volupté, la Cruauté et la Religion* (248). Dans ce texte, Gannushkin insiste sur l'étroit lien existant entre la religiosité, la volupté et la cruauté⁴⁶.

⁴⁶ Dans ce travail novateur, Gannushkin préfigure en grande partie le formidable ouvrage de Georges Bataille, *L'Érotisme*, Les Éditions de minuit, 2011 (1957).

Prenant pour exemple le tsar Ivan le Terrible, la secte des Khlystes, les études de Cesare Lombroso, le psychiatre souligne que nombre de fanatiques religieux font preuve de cruauté et inversement, concluant qu'une part importante des personnalités cruelles sont également empreintes de religiosité :

En premier lieu - la religion : la cruauté et la volupté sont très proches parentes ; un de ces sentiments s'élève à côté de l'autre, ou est remplacé par l'autre ;

En second lieu - des trois sentiments examinés, le plus fort est le sentiment sexuel : le sentiment religieux et la cruauté, en certains cas, doivent être regardés comme des succédanés du tout-puissant instinct sexuel. Les juges, les instituteurs et les moralistes ne doivent jamais oublier cela ;

En troisième lieu - la réunion de ces divers sentiments dans un groupe peut avoir de l'importance pour la classification naturelle physiologique des sentiments, classification qui est possible dans l'avenir (248).

Les premiers pas universitaires de Gannushkin datent de 1902 lorsqu'il est nommé assistant-surnuméraire de l'hôpital psychiatrique moscovite dirigé par Serbski depuis la disparition de Korsakoff. C'est à cette période également que sous l'influence de Sergueï Soukhanoff (1867-1915), ancien assistant de Korsakoff, G. I. Rossolimo et de Serbski lui-même, Gannushkin devient membre à part entière de la *Société des neurologues et psychiatres* de Moscou.

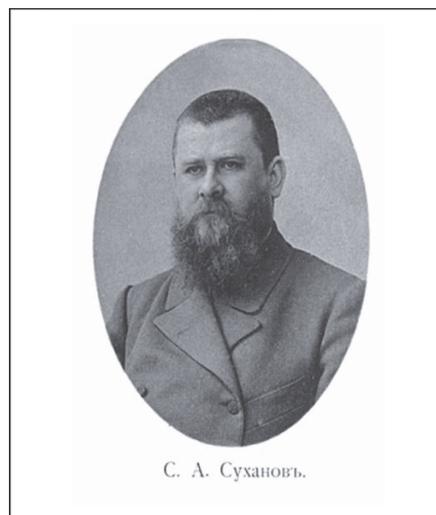


Figure 28 : Sergueï Soukhanoff (1867-1915)

Le jeune universitaire travaille principalement avec Soukhanoff (249) ; c'est avec ce dernier que Gannushkin initie ses recherches sur les cas limites de la psychiatrie, psychopathie en tête, domaine qui lui ouvrira les portes de la postérité.

Petr B. Gannushkin s'attelle à étudier les pathologies mentales frontières et les troubles de la personnalité (*psikhopatii*). Il émet l'hypothèse que chaque personne possède des « traits schizophréniques », partie intégrante de la vie psychologique physiologique, comme la timidité, l'introspection et les « pensées dispersées ». Chez certains individus, ces traits peuvent être plus marqués et, en réaction à certaines circonstances, s'intensifier pour devenir des « réactions schizophréniques ». Ces réactions, pense-t-il, ne sont pas différentes en nature du fonctionnement psychique des individus sains, mais peuvent être considérées comme des réactions normales à des circonstances anormales (221).

Soulignant l'importance à la fois sociale et scientifique de cette problématique limite, Gannushkin et Soukhanoff publient six articles (250) (251) (252). Ils s'attachent à décrire individuellement ces troubles, écartant les formes mixtes, affirmant que cette méthodologie est efficace dans l'étude des maladies reconnues, à la découverte de nouveaux troubles mentaux et à l'évolution de la nosologie.

En 1904, Petr Gannushkin soumet sa thèse traitant de la *Paranoïa aiguë* (253) puis est nommé *privat-docent* au département des troubles mentaux de l'Université d'État de Moscou : c'est à cette période qu'il donne son cours intitulé *La théorie des caractères pathologiques*.

Considérant la profession de psychiatre comme une fonction de travailleur social, il poursuit ses recherches sur ce qu'il nomme *psychopathie* – les troubles de la personnalité d'aujourd'hui -, ces maladies psychiques "du quotidien" : dans sa thèse déjà il invite ses confrères à s'intéresser à ces troubles psychiatriques limites :

Nous, notre génération, ne nous limitons pas aux hôpitaux psychiatriques. Avec la même approche, nous entrons dans la vie, dans les écoles, les casernes, les prisons. Nous ne recherchons pas les personnes atteintes de démence qui doivent être hospitalisées, mais des personnes demi-normales, à la limite de la normale, des types limites, des étapes intermédiaires. Psychiatrie limite, psychiatrie mineure [...]. Il y a là une maxime pour notre époque, un domaine vers lequel nos actions doivent être orientées dans l'avenir immédiat (253).

Dès 1905, il entreprend des voyages d'études auprès d'Emil Kraepelin à Munich et, en 1906, auprès de Valentin Magnan à Saint-Anne. Devenu partisan de l'approche défendue par Kraepelin, il retourne trois fois, entre 1908 et 1911, suivre le cycle de formation de psychiatrie du maître de Munich (254).

L'année 1911 marque une évolution importante dans la vie de Gannushkin : les répressions universitaires menées par le pouvoir impérial indignent le psychiatre. Il décide, en compagnie d'autres médecins progressistes, dont Serbski, de démissionner de l'université en signe de protestation (166). Faisant une croix sur sa carrière universitaire, il officie dès lors à l'hôpital psychiatrique Alexeev de Moscou – il y travaille de 1906 à 1914 – avant de s'engager dans l'armée comme médecin militaire. En 1917, à la suite d'une maladie, il reprend son poste à l'hôpital psychiatrique Alexeev.

La Révolution lui ouvre de nouveau les portes de l'Université : en 1918, Petr Gannushkin est nommé professeur de psychiatrie au *Département de psychiatrie* de l'Université d'État de Moscou (renommée en 1930 l'*Institut médical de Moscou*) (254) ; lui échoit également la charge de l'hôpital psychiatrique universitaire.

Lors de la décennie 1920-1930, Gannushkin organise le système de soins extrahospitaliers, fondant le système des dispensaires neuropsychologiques (141).

Après la révolution d'Octobre, travaillant sur les dommages psychiques de la guerre civile, Gannushkin s'intéresse aux causes exogènes de la pathologie mentale, évoquant le lien réciproque entre maladie mentale et vie sociale. Considérant que des sujets sains peuvent développer un désordre d'ordre psychiatrique, il décrit pour des cas de jeunes patients à la « psyché nettement diminuée » la notion « d'invalidé précoce acquise », forme clinique excluant la schizophrénie et l'épilepsie (102), qu'il nomme réaction *schizoïde*.

Sur le plan théorique, Gannushkin sépare la psychiatrie en deux catégories : la psychiatrie majeure (schizophrénie, trouble de l'humeur) et la psychiatrie mineure (psychopathies ou troubles de la personnalité). Le psychiatre moscovite voit dans les décompensations psychotiques une modification quantitative et non qualitative du psychisme ; il s'agit d'une modification de l'intensité du fonctionnement basal, et non d'un changement de nature. Ainsi, souligne Gannushkin, s'il existe des individus légèrement mélancoliques ou maniaques, il peut exister des malades légèrement schizophrènes ; Gannushkin parle ici de « schizophrénie sans schizophrénie » (102). Il décrit alors ce qu'il appelle la "petite psychiatrie" ("*minor psychiatry*"), terminologie qui désigne des présentations cliniques ne présentant pas de signes aigus de décompensation psychotique, mais qui nécessite tout de même une prise en charge adaptée

(102).

Excellent clinicien, son livre *La clinique des aspects des psychopathies ; Symptômes ; dynamique, systématisation* (1931), est, pour reprendre la formule d'Helen Lavretsky, « une des meilleures descriptions cliniques des types psychologiques » (19), très proches des descriptions actuelles des troubles de la personnalité (Tableau 1). Il décrit, dans les troubles de la personnalité, deux formes de développement pathologique : constitutionnelle et conjoncturelle. Dans les types conjoncturels, le développement de la psychopathie est secondaire à un traumatisme ou à une anxiété ; l'apparition se caractérise par de profondes modifications mentales qui se fixeront et se cristalliseront dans un second temps.

Gannushkin fixe trois conditions pour désigner une psychopathie : mauvaise adaptation de l'individu à son environnement, persistance et stabilité des troubles.

Cluster		Description
I. Cluster des Cycloïdies	Constitution dépressive	<ul style="list-style-type: none"> - Humeur constamment déprimée - Vision pessimiste du monde - Vision de la vie dénuée de sens - Évitement des relations intimes en raison d'une sensibilité excessive - Ruminations sombres - Risque élevé de suicide
	Constitution excitable	<ul style="list-style-type: none"> - Humeur constamment élevée - Vitalité et entreprenant - Flexibilité et polyvalence - Flagornerie - Demande excessive d'amusement
	Cyclothymie	<ul style="list-style-type: none"> - Sautes d'humeur répétées et ondulantes - Présence simultanée de caractéristiques hypomaniaque et dysthymique (dans des proportions égales) - Dépendance saisonnière - Début à l'adolescence (dans la plupart des cas)
	Psychopathies émotionnellement labiles	<ul style="list-style-type: none"> - Sauts d'humeur très rapides - Puérité et naïveté - Tendresse et fragilité - Tendance à l'attachement émotionnel
II. Cluster des Asthéniques	Asthéniques	<ul style="list-style-type: none"> - Excitation neuro-psychique excessive et irritabilité - Fatigabilité et épuisement - Timidité et doute - Humeur constamment déprimée - Phobie sociale
	Psychasthéniques	<ul style="list-style-type: none"> - Indécision, timidité et gêne extrême - Préoccupation à l'égard d'un danger potentiel futur - Penchant pour l'introspection, le repli sur soi - Susceptibilité excessive - Mauvaise santé, entraînant une gêne motrice

Cluster		Description
III. Cluster des Schizoïdes	Schizoïde	<ul style="list-style-type: none"> - Détachement du monde - Excentricité, comportement et vie émotionnelle paradoxale - Froideur et sécheresse émotionnelle - Imprévisibilité et manque intuition - Ambivalence (p. ex. présence simultanée d'entêtement et de soumission)
	Rêveurs	<ul style="list-style-type: none"> - Détachement du monde - Tendresse et fragilité - Faiblesse et apathie - Imagination profuse et déréalisation - Surestimation de soi
IV. Clusters des Paranoïaques	Paranoïaques	<ul style="list-style-type: none"> - Préoccupations avec idées fixes - Étroitesse d'esprit, Égoïsme, égocentrisme, autosatisfaction - Affectivité unidirectionnelle - Grande méfiance, entêtement, mesquinerie, rancœur
	Fanatiques	<ul style="list-style-type: none"> - Dévouement à des idées fixes - Étroitesse d'esprit - Forte volonté, volonté inébranlable - Détermination, cohérence de l'objectif - Comportement manipulateur
V. Cluster des Epileptoïdes		<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilité extrême causant des accès de colère - Tendance à la dysphorie (malveillance combinée à la colère, l'angoisse et à la peur) - Étroitesse d'esprit - Égoïsme, vigueur, fixité, exactitude, rigidité - Attitudes antisociales - Risque élevé de suicide
VI. Cluster des Caractères Hystériques	Personnalité Hystérique	<ul style="list-style-type: none"> - Comportement de recherche d'attention combiné à la peur de l'indifférence, désir ardent de ne pas être comme les autres - Absence de vérité objective dans leurs rapports avec eux-mêmes et leur entourage - Conscience de l'état - Histrionisme, théâtralisme, tromperie - Faiblesse de la volonté combinée à des émotions superficielles, capricieuses et instables
	Menteurs pathologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Défaillances sociales marquées, dont extrême négligence - Recherche d'attention, comportement manipulateur - Conscience de l'État - Excitabilité, immaturité, richesse d'imagination - Éloquence - Participation à la fraude, au charlatanisme, aux jeux hasard et d'argent, malhonnête
VII. Clusters des psychopathies instables		<ul style="list-style-type: none"> - Penchant pour la toxicomanie, l'addiction - Caractère faible et superficiel - Indolence et vagabondage - Exposition à l'influence sociale maligne - Médiocrité, aversion

Cluster	Description
VIII. Cluster des Psychopathies antisociales	- Manquements moraux fortement prononcés - Brutalité émotionnelle - Tromperie et lâcheté - Penchant à la satisfaction au supplice
IX. Cluster des Constitutions stupides	- Conformité élevée (très influencée par l'opinion publique) - Suggestibilité excessive - Manque d'originalité - Stéréotypies et conformisme

Tableau 1. Typologie des Psychopathies selon Petr Borisovitch Gannushkin (255)

b) Lev Markovic Rosenstein (1884-1934)

Autre grande figure de la psychiatrie soviétique de la fin des années 1920, Lev Rosenstein, est « l'un des principaux activistes communistes qui avaient cherché à révolutionner la psychiatrie dans les années 1928-1931 » (256).



Figure 29 : Lev Markovic Rosenstein (1884-1934)

Fils d'un médecin ukrainien, Rosenstein naît en 1884 (221). Étudiant la médecine à Odessa, le jeune Rosenstein s'engage dans le mouvement révolutionnaire étudiant en 1905 : en 1906, il est condamné à 7 mois d'emprisonnement, mais arrive malgré tout à terminer ses études médicales à Moscou en 1908. Se spécialisant ensuite en psychiatrie, il occupe un poste dans la clinique dirigée par Serbski jusqu'à la démission de ce dernier de l'université (1911) (257). Si l'influence de Serbski – et indirectement de Korsakoff- est évidente dans la pensée de Rosenstein, ce dernier s'inspire également des travaux cliniques d'Emil Kraepelin et par ceux, phénoménologique, de Karl Jaspers : Rosenstein liera indissociablement ces deux approches (258).

En 1911, il décide de suivre l'exemple de son maître Serbski, et démissionne en signe de soutien, protestant contre la restriction des libertés de l'Université (258). De 1911 à 1913, il occupe un poste d'assistant auprès de N. N. Bazhenov, avant d'être licencié par ordre gouvernemental. Il trouve ensuite à Moscou un poste d'assistant auprès de P. B. Gannushkin de 1913 à 1914 (258). Toujours engagé politiquement, Rosenstein fait partie d'un groupe de psychiatres des *Zemstvos*, activistes de gauche (258), dont font partie Gannushkin et Soukhanov, se réunissant autour de la revue *Psychiatrie moderne (Sovremennaiia psikhiairiia ; 1907-1917)* (257). Très actif, il collabore à diverses commissions relevant du conseil d'administration de l'*Union des psychiatres russes*, participe à l'organisation d'un voyage scientifique à l'étranger et, avant les débuts du premier conflit mondial, prône la création de dispensaires externes spécialisés dans la lutte contre l'alcoolisme, la prévention suicidaire et la lutte contre les maladies mentales. Rosenstein expérimente le procédé dans la région de Moscou (258).

Participant aux conflits de la Première Guerre mondiale en tant que psychiatre de première ligne (1914-1916), il publie de nombreux articles et un ouvrage sur la névrose traumatique – *A propos de la psychopathologie commotionnelle (O psikhopatologii kontuzhennykh)*, réécrit par la censure (258) (221).

En raison de son engagement politique passé, Rosenstein est rapidement promu après la prise de pouvoir des *bolcheviks* : il fait partie du groupe à l'origine de la section neuropsychiatrique du *Narkomzdrav*, et participe à la rédaction des textes de loi concernant la maladie mentale dans le premier code de la R.S.F.S.R. (257). Très apprécié par le commissaire du peuple à la santé, Z. P. Soloviev, Rosenstein est nommé consultant permanent auprès du *Commissariat à la Santé* (258).

De 1919 à 1921, Rosenstein est assistant-principal au sein de la clinique psychiatrique dirigée par V. A. Giliarovski, puis, à partir de 1921, occupe la place de *privat-docent* au département de psychiatrie dirigé par Petr B. Gannushkin (257). En 1924, il crée et dirige la première clinique neuropsychiatrique d'U.R.S.S. dédiée aux maladies mentales légères et fonde un dispensaire ambulatoire de neuropsychiatrie, qui deviendra en 1928 l'*Institut de prévention neuropsychiatrique* (257).

Sur le plan théorique, Rosenstein s'intéresse à un grand nombre de domaines, qui vont de l'étude des facteurs externes dans le développement des troubles psychiatriques, aux questions de prophylaxie et de psycho-hygiène - selon la terminologie utilisée en U.R.S.S. - à la technique de recherche en psycho-génétique, aux pathologies professionnelles (intoxication par diverse

substances, plomb, essence, manganèse, etc.), aux premières manifestations de la schizophrénie, à la psychose maniaco-dépressive, à l'organisation des dispensaires (257).

Toujours inspiré par Kraepelin et Jaspers, Lev M. Rosenstein s'oppose à la psychologie objective des réflexologues et des comportementalistes qui dénie l'importance de l'entretien clinique avec les patients comme source première d'informations nécessaires à l'analyse psychopathologique. Il conseille à ses étudiants de noter chaque mot des patients afin de saisir toutes les manifestations pathologiques (257).

En 1930, L. M. Rosenstein, en compagnie d'A. B. Zalkind, est désigné représentant de l'U.R.S.S. (258) auprès du premier *Congrès d'hygiène mentale internationale* qui se tient à Washington (259). Ses travaux sur l'hygiène mentale attirent l'attention de nombreux scientifiques et est nommé vice-président du comité international (257). C'est de cette époque qu'Adolf Meyer, père de l'hygiénisme américain, établit un lien scientifique permanent avec lui (258).

Rosenstein défend une politique psycho-hygiénique, souhaitant que la psychiatrie participe plus activement à la bonne santé de la population. C'est ainsi qu'en 1934 il affirme que :

Je me suis intéressé à l'idée de combiner la prévention médicale avec l'hygiène mentale, la pédologie et la synthèse de Zalkind de la réflexologie de Bekhterev avec la psychanalyse de Freud, non seulement pour des problèmes psychiatriques, mais également dans le domaine de l'éducation (258).

En 1931, poursuivant son travail à l'*Institut de prévention neuropsychiatrique*, Rosenstein est nommé chef du département de psychiatrie et dirige la *Commission pour la reconstruction de l'aide psychiatrique* auprès du *Narkomzdrave* (258).

En 1933 la *Société panrusse de neuropathologie et de psychiatrie* est créée à l'initiative de Rosenstein ; ce dernier est élu premier président de la société. Cette même année, se rendant tous les mois dans la ville de Kostroma, il remarque un jeune psychiatre qu'il réussit à transférer dans son *Institut* à Moscou, le Dr Andreï Snejnevski, figure que l'on recroisera plus tard (258).

c) *Alexander Solomonvich Shmar'yan (1901-1961)*



Figure 30 : Alexander Solomonvich Shmar'yan (1901-1961)

Alexander Solomonvich Shmar'yan (1901-1961) est diplômé de l'Université de Kiev en 1927 ; il travaille au sein de l'hôpital psychiatrique régional de Kiev avant d'être nommé chercheur principal à l'*Institut d'activité nerveuse supérieure de l'Académie des sciences médicales* de Moscou où il axe ses recherches autour des intrications neurologie/psychiatrie.

En 1932 il est nommé à l'*Institut de neurochirurgie* de l'Académie et devient un proche collaborateur du neurochirurgien N. N. Burdenko (260) et, en 1933, occupe simultanément le poste de chef adjoint de la clinique psychiatrique de l'*Institut de médecine expérimentale* de l'U.R.S.S. également membre de l'*Académie communiste*, Shmar'yan prend de l'importance à partir des années 1930 ; de 1937 à 1950, Alexander Solomonvich Shmar'yan occupe le poste de directeur scientifique de la *Clinique neuropsychiatrique* de l'*Institut central de psychiatrie*.

En 1937-1938, il est, comme on le verra, l'un des acteurs les plus actifs dans la transformation conceptuelle de la psychiatrie soviétique, abandonnant la psychiatrie sociale au profit d'une psychiatrie plus physiologique et scientifique (261).

Dans son article *Principales questions de relation entre la pathologie cérébrale et la psychiatrie clinique* (1940) (262), le psychiatre souligne l'importance de l'articulation entre psychiatrie et recherche pharmacodynamique, biologique, chirurgicale et anatomique :

Toutes ces méthodes expérimentales d'investigation [...], combinées aux réalisations riches de la neurophysiologie moderne et de la pathologie générale, permettent de créer une

base solide et large pour la psychiatrie biologique moderne. L'expérience neurochirurgicale de recherche et d'intervention dans le cerveau humain permet une compréhension plus profonde de la structure psychopathologique⁴⁷ [...]. À son tour, l'étude de la structure et les mécanismes de syndromes psychiatriques dans les lésions focales cérébrales (tumeurs, traumatismes, maladie de Pick, états postopératoires) permettent la compréhension biologique profonde des syndromes similaires dans les processus diffus du cerveau (262).

Selon Shmar'yan l'approche clinique simple, dont E. Kraepelin est le plus grand représentant, n'est pas suffisante pour cerner la pathologie ; victime de « la tendance phénoménologique en psychopathologie et idéaliste en psychologie » (262), la psychiatrie occidentale crée une inutile opposition entre clinique et laboratoire. La psychiatrie russe se doit d'étudier les causes des pathologies psychiatriques, causes qui ne peuvent être que d'ordre physiologique, en utilisant « les réalisations modernes en pathologie générale et en pathologie cérébrale » (261). En 1940 paraît son unique ouvrage, *Pathologie cérébrale et psychiatrie : Tumeurs cérébrales et théorie de localisation des troubles mentaux* (261).

En 1942, Shmar'yan est chargé par le gouvernement de planifier les soins psychiatriques des soldats blessés lors des conflits armés. C'est dans le cadre de ces fonctions qu'il supervisera la première lobotomie frontale réalisée en Russie comme traitement psychiatrique (261). À la fin de la guerre, il occupe une place centrale dans la psychiatrie russe de son époque.

⁴⁷ « [Les] données de la pathologie générale du cerveau sur les troubles corticaux sont extrêmement importantes pour la psychiatrie moderne et ses recherches physiopathologiques, pour la corroboration cérébro-pathologique de la théorie des syndromes. La doctrine des syndromes de la psychiatrie moderne met de plus en plus l'accent sur le principe de la signification systémique des lésions systémiques dans le contexte des réactions biologiques générales du système nerveux et de l'ensemble de l'organisme. Le concept de localisation fonctionnelle dynamique est en étroite relation avec la doctrine neurophysiologique moderne de l'unité, de l'intégrité, de l'intégrabilité et de la plasticité du système nerveux. Le rôle dynamique du foyer est déterminé non seulement par la localisation de la lésion et des troubles morphologiques, mais aussi par le côté physico-chimique du processus physiopathologique, par les caractéristiques qualitatives du processus douloureux, les réactions de l'organisme et la personnalité dans son ensemble. Ceci détermine le rôle réel de l'analyse structurale-dynamique, qui révèle la relation entre les facteurs biologiques, généraux et locaux généraux et les réactions de la personnalité au processus cérébral. » (A.S. Shmaryan, *Osno vnyye voprosy Vzaimootnosheniy Mozgovoy Patologii I Klinicheskoy Psikhiiatrii*, Trudy Tsentral'nogo instituta psykhiatrii NKZ RSFSR / Pod obshch. Red. P.B. Posvyanskogo, M.T. 1, 1940, pp. 9-21.)

d) Mikhail Osipovich Gurevich (1878-1953)

Mikhail Osipovich Gurevich (1878-1953) est également l'un des chefs de file de la psychiatrie soviétique, travaillant sur la question de la neuropsychologie et la psychopathologie de l'enfant (263).



Figure 31 : Mikhail Osipovich Gurevich (1878-1953)

Diplômé en 1902 de l'Université de Moscou, il travaille comme médecin résident à la clinique psychiatrique dirigée par Vladimir Serbski, avant de partir poursuivre sa formation à l'étranger : il officie en tant que stagiaire dans les hôpitaux psychiatriques de Londres et de Manchester, se rendant en Italie et prenant un poste à Munich dans la clinique de Kraepelin.

De 1906 à 1908, Gurevich travaille dans le laboratoire de la clinique des maladies mentales et nerveuses de V. Bekhterev. Convaincu de l'étiologie neurologique des troubles mentaux, et ayant comme directeur de thèse l'ancien assistant de Korsakoff, Sergueï Soukhanoff, Gurevich soutient son travail de recherche en 1908, *Sur les changements neurofibrillaires dans certaines conditions pathologiques*, et, de 1909 à 1914, poursuit ses études anatomo-clinique dans la colonie psychiatrique de Burashevo, à Tver et Saratov. De 1909 à 1914 Gurevich est membre du conseil d'administration de l'Académie russe des sciences médicales, et, de 1909 à 1914 (263).

C'est après la révolution que la carrière Gurevich est définitivement lancée ; de 1918 à 1925, il assiste Gannushkin, avant d'être nommé professeur adjoint au sein de la clinique psychiatrique

de l'Université de Moscou. Sur cette même période (1918-1933), il est nommé responsable de la *Clinique psychiatrique de l'enfant*, organisme rattaché à l'*Institut de protection de la santé des enfants*.

De 1929 à 1936, il est nommé à la direction d'un sous-département du *Second Institut Médical* de Moscou avant d'être promu en 1937 professeur à la tête du département de psychiatrie du *Premier Institut Médical* moscovite. Les nominations et les honneurs s'accumulent pour Gurevich : de 1934 à 1940, il devient directeur scientifique de l'*Institut régional de psychiatrie* de Moscou, chef du service de psychiatrie de l'Office des hôpitaux de la ville de Moscou (1938-1940), membre de la commission de pédopsychiatrie au *Commissariat populaire* de l'U.R.S.S. Élu député, il est également promu membre de l'*Académie des Sciences médicales* de l'U.R.S.S. en 1944. Enfin, Gurevich sera à la tête de la section scientifique de l'*Institut Serbski* de médecine légale de 1946 à 1949.

Gurevich est un des pionniers de la psychiatrie infantile soviétique, tant dans le domaine scientifique qu'organisationnel. En 1927, en collaboration avec V. A. Giliarovski, fait paraître le manuel de référence sur la question, *Psychopathologie de l'enfance*, dont la deuxième version de 1932 sera considérablement élargie (263). Étudiant le développement psychomoteur de l'enfant, il établit que le défaut de développement moteur n'est pas systématiquement corrélé à un retard intellectuel. Son travail de recherche s'axe également autour de la neuroanatomie des troubles psychiques. Il étudie les cerveaux de paralytiques progressifs, traités ou non par le paludisme, le cerveau des syphilitiques et les conséquences des encéphalites, ainsi que des traumatismes cérébraux. Gurevich critique la généralisation des théories pavloviennes en psychiatrie, qu'il qualifie de « grand danger mécaniste » (263).

En 1928, il co-écrit avec M. I. Sereiskii le manuel de psychiatrie de référence (263) de l'époque, ouvrage qui connaît de nombreuses rééditions. Les auteurs défendent l'étiologie neurologique des névroses. Selon eux, ces troubles forment un groupe hétérogène de troubles fonctionnels et douloureux à la limite de la santé mentale et de la pathologie, qui s'expriment sous la forme de troubles nerveux, principalement végétatifs et moteurs avec épuisement et labilité émotionnelle. Contrairement aux stades initiaux de la plupart des maladies physiques, infectieuses, nerveuses et mentales qui ressemblent à la névrose, les névroses sont en fait associées aux conflits de la vie (263).

e) *Vassili Alekseevich Giliarovski (1876-1959)*



Figure 32 : Vassili Alekseevich Giliarovski (1876-1959)

Vassili A. Giliarovski naît à Buzuluk, dans la province de Samara, en 1876. Se destinant très tôt à la médecine, il intègre la faculté de médecine de Moscou où il suit les cours de Sechenov et de Korsakoff. Élève brillant, il reçoit une médaille d'or et les honneurs de la faculté, avant de poursuivre sa formation au sein du département des maladies nerveuses dirigées par A. Kozhevnikov (264). Il travaille ensuite auprès de Serbski, puis prend un poste à l'hôpital de Kharkov où il collabore avec N. Bernstein et N. N. Bazhenov. À Kharkov, Giliarovski axe ses travaux de recherche sur la corrélation des lésions anatomiques et cliniques et passe sa thèse en 1909 (*Sur la question de l'anatomie pathologique et de la pathogenèse de la parencéphalie*) (231).

En 1910, il retourne à Moscou occuper un poste d'assistant auprès de N. N. Bazhenov (41) au département de neuropathologie et de psychiatrie du *Cours supérieur pour femme* de Moscou⁴⁸, et, en 1915, dirige la section psychiatrie du département. Il enseignera la psychiatrie au sein de ce département durant près de quatre décennies (264).

De 1911 à 1920 à Moscou, Giliarovski travaille également au sein du *Preobrajenski*⁴⁹, devenu en 1919 le *1^{er} hôpital psychiatrique* de Moscou (41).

En 1944, sa clinique devient un institut à part entière, par la décision de l'*Académie soviétique*

⁴⁸ Les *Cours supérieurs pour femme* de Moscou deviendront ensuite la *Seconde Université d'État* de Moscou, puis plus tard, le *Deuxième Institut Médical* de Moscou (P. T. Petryuk, A. P. Petryuk, *Akademik Vassiliy Alekseyevich Giliarovskiy – vydayushchiysya otechestvennyy psikiatr i byvshiy saburyanin (k 130-letiyu so dnya rozhdeniya)*, *Ukraïn'skiy visnik psikhonevrologii*, Tome 14, Issue 2, 2006, p. 122).

⁴⁹ En 1978 l'établissement est renommé *Clinique psychiatrique Giliarovski*, nom qu'il conserve encore aujourd'hui

des Sciences médicales, lui délivrant une importance singulière dans la profession (261).

Les recherches de Giliarovski portent sur la question de ce qu'il nomme "somatopsychiatrie", concept qu'il présente comme étant une réponse soviétique à la psychosomatique occidentale. La base théorique de cette somatopsychiatrie est basée sur les recherches autour de la fonction adaptative du système nerveux autonome qui recherche l'homéostasie entre l'organisme et l'environnement (261). C'est à partir de ce postulat qu'il rejette l'utilisation des traitements actifs qui se développent dans les années 1930 en U.R.S.S. - « inappropriés pour les conditions soviétiques » (261) selon ses propres termes -, excepté pour les cas graves de schizophrénie (261). En lieu et place, Giliarovski promeut l'électronarcose, une thérapie basée sur le sommeil prolongé, réputée plus physiologique que les cures de sommeil aux barbituriques (261). Il promeut également la thérapie par le travail, considérant que l'auto-contrainte déterminée par le travail régulier permet au patient de vaincre les résistances internes (265).

Il organise également la création de l'Hôpital neuropsychiatrique Don, premier hôpital de Moscou chargé du traitement des affections limites et des formes débutantes ou légères de psychose (41).

2. La psychiatrie et la fabrique de l'homme nouveau

a) *L'homme communiste*

L'un des particularismes de la révolution de 1917 se trouve être l'originalité de ses objectifs : non seulement économiques et politiques – s'emparer de la « machine d'État » comme disait Lénine – les révolutionnaires souhaitent produire un profond renversement social et anthropologique : il s'agit de fonder une société entièrement nouvelle. Pour les hommes d'octobre la réalisation d'une telle société ne peut passer que par la création d'un *Homme nouveau* (*novy celovek*), l'homme soviétique (*sovetskij celovek*), comme on dira à partir des années 1930 (266).

Si cette volonté de fonder un homme neuf⁵⁰ remonte à une période antérieure à la Révolution –

I. ⁵⁰ Cette refondation de l'homme est, en réalité, l'une des caractéristiques classiques des mouvements chiliastiques, utopiques puis révolutionnaires, de Thomas Münzer, Saint Just, en passant par Tommaso Campanella. Sur ce sujet on pourra lire avec intérêt le livre de Norman Cohn, *Les fanatiques de l'apocalypse, Courants*

prenons l'exemple de Catherine II, influencée par la philosophie des Lumières, qui lance une vaste programme d'éducation afin de créer « une espèce nouvelle d'hommes » (*novaja poroda ljudej*), ou bien le roman *Que faire ?* (1863) de Tchernychevski, qui influencera tant Lénine, sous-titré *Les Récits des hommes nouveaux (Iz rasskazov o novyx ljudjax)* (266) – la Révolution de 1917 assume toutes les conséquences d'une tel bouleversement anthropologique. Dès 1917, le révolutionnaire Boukharine écrit que :

La coercition, la coercition prolétaire sous toutes ses formes, à commencer par les exécutions [...], voilà la méthode qui permettra de façonner l'homme communiste dans le matériau humain de l'époque capitaliste (267).

Le but de la Révolution, son véritable objectif, n'est donc pas d'apporter bonheur, prospérité et liberté au peuple, mais bel et bien la fondation de la société communiste et des hommes qui la compose : cet *Homme nouveau* est le résultat, le garent mais également la condition de sa réussite (266).

Léon Trotski écrit dans *La Littérature et la Révolution* (1924) que toute l'histoire humaine jusqu'à 1917 n'a été qu'une longue stagnation, que le nouveau régime allait créer l'homme nouveau, capable de briser les chaînes du passé pour fonder la société communiste de demain :

L'homme commencera enfin à s'harmoniser sérieusement [...]. Il voudra d'abord maîtriser les processus semi-conscients, puis les processus inconscients de son propre organisme : la respiration, la circulation sanguine, la digestion, la reproduction, et, dans les limites nécessaires, les subordonnera aux impératifs de la raison et de la volonté. Même la vie purement physiologique deviendra le sujet d'une expérimentation collective. L'espèce humaine, le paresseux *homo sapiens*, entrera de nouveau dans la phase de reconstruction radicale et deviendra entre ses propres mains l'objet des méthodes de sélection artificielle et d'entraînement psychophysique les plus complexes [...]. L'homme se fixera comme objectif de maîtriser ses propres

millénaristes révolutionnaires du XIe au XVIe siècle, Editions Aden, 2010.

émotions, d'élever ses instincts à la hauteur de la conscience, de les rendre transparents [...] de créer un type sociobiologique supérieur, un surhomme si l'on veut [...]. L'homme deviendra incomparablement plus fort, plus sage, plus subtil. Son corps deviendra plus harmonieux, ses mouvements plus rythmés, sa voix plus mélodieuse. Les formes de la vie acquerront une théâtralité dynamique. Le type humain moyen s'élèvera à la hauteur d'un Aristote, d'un Goethe, d'un Marx. Et au-delà de cette crête, d'autres sommets apparaîtrons (78).

« Les guides de la révolution d'Octobre, écrit Michel Heller, se moquent bien de "rendre au peuple sa liberté", ils n'ont pas l'intention de le considérer comme "majeur et responsable". Dès leur arrivée au pouvoir, ils entreprennent de modeler ce "matériau humain de l'époque capitaliste", cette "chair au bonheur public" » (267). Puis, poursuit Heller, « la pression idéologique, de par sa lourdeur, son omniprésence, forme déjà l'homme nouveau, lui imprime – tel un marteau de forgeron – le comportement voulu, façonne son mode de pensée et d'action, selon les canons en vigueur. La nécessité de la foi tombe d'elle-même, dès lors qu'on écarte de la conscience toute approche critique du monde. Renforcée par la "science", l'autorité devient – doit devenir – une force invincible. [...] Cet "envoûtement" [...] ne [peut] être obtenu qu'à l'aide d'un corset idéologique extrêmement rigide. Plus le corset sera dur, plus radicale sera l'impossibilité d'un autre point de vue, d'une autre forme de pensée, et plus l'action sera efficace. L'idéal est, bien sûr, la maîtrise totale de l'individu » (267).

b) La science comme moyen

Pour fonder cet homme nouveau, il s'agit d'adopter une méthodologie précise. On assiste alors à une véritable « médicalisation du social » (222) ; comme l'écrit le philosophe russe Nicolas Berdiaev, « Lénine ne croyait pas à l'homme, il ne reconnaissait en lui aucun principe intérieur, il ne croyait ni à l'esprit ni à la liberté spirituelle. Mais il croyait infiniment à la discipline sociale de l'individu, il croyait qu'une organisation sociale autoritaire pouvait créer un homme nouveau, l'homme social parfait, apte désormais à se passer de cette autorité » (186). En effet, poursuit Berdiaev, « le communisme russe a accompli un effort énorme pour aboutir à cette structure psychique, à cet homme nouveau. Sa conquête psychologique est plus importante que sa conquête économique » (186).

De ce point de vue, les aspects médico-légaux des problématiques prennent une place de plus en plus prégnante dans l'art de gouvernement. Comme le démontre Tricia Starks, la révolution doit apporter à la société russe un nouvel ordre de salubrité, faisant rupture avec l'obscurantisme de la période tsariste : la pureté devient un objectif de gouvernement (244). « Le corps biologique, écrit Gregory Dufaud, voulu sain et propre, était aussi une métaphore de la communauté née d'Octobre, susceptible d'être excisée pour en extirper les partis malades ou malsaines » (245).

En 1917, la profession médicale russe considère le gouvernement *bolchevik* comme un allié conscient de l'importance d'utiliser les connaissances psychiatriques dans la transformation du système social antérieur, irrationnel et inhumain, afin d'en fonder un nouveau, rationnel, moderne et favorisant la bonne santé mentale des citoyens (268). Comme l'écrit Benjamin Zajicek, « les connaissances [psychiatriques] sont devenues plus que de la médecine d'asile, elles sont devenues un moyen d'obliger les citoyens à respecter des normes de comportements imposées scientifiquement, de médicaliser la déviance et de façonner le sens moderne du soi. Il en est résulté un système qui intégrait les règles issues de l'expertise professionnelle aux normes juridiques de l'État moderne, un phénomène qui a été identifiée par les sociologues et les théoriciens de la culture comme l'une des caractéristiques de la modernité » (221). Dans son *Histoire de la psychiatrie* (1929), le psychiatre russe Iouri Kannabikh, nous décrit cet expert, :

un tout nouveau type de médecin psychiatre, un fonctionnaire, un pathologiste social, un psycho-physiologiste pratique, un psychothérapeute actif, un participant impliqué dans la lutte pour changer la vie quotidienne des gens dans le but de la destruction totale possible des causes et des conflits personnels, familiaux, matériels et sociaux, au nom d'une organisation plus parfaite des énergies humaines et du renforcement du travail collectif (32).

La fonction du psychiatre, outre celle de soigner, devient aussi celle de guider le politique en discriminant le "sain" et le "normal" parmi les diverses modalités d'agir, grâce à ses outils conceptuels médicaux et "scientifiques" (221) ; c'est dans cette idée que le Dr. Aron Zalkind écrit (1930) que :

La construction socialiste exige l'utilisation maximale et planifiée de toutes les sciences liées aux questions de psychoneurologie humaine (221).

Prenons ici l'exemple de la question du suicide, considérée alors comme étant le geste antisocial par excellence (269). Les *bolcheviks* sont largement influencés par l'étude d'Émile Durkheim sur *Le Suicide* (1897) (270), texte dans lequel le sociologue affirme la primauté de la société sur l'individu. Pour Durkheim, les volontés personnelles du suicidant ne sont pas premières dans l'acte suicidaire ; c'est en réalité l'état de la société dans laquelle vit le suicidant qui fournit « un contingent déterminés de morts volontaires ». C'est la société qui se suicide à travers certains de ces membres. La société est un groupe social à la recherche d'un équilibre entre l'égoïsme et l'altruisme, anomie et fatalisme. Dès lors, Durkheim établit une relation directe de cause à effet entre la déséquilibration du lien social et le taux de suicide (271) (272).

Les années 1920 sont, en Russie, marquée par une véritable « épidémie de suicide » qui inquiète les autorités. Le phénomène intéresse des médecins-légistes et des statisticiens qui concluent à l'importance de la composante sociale d'une telle « épidémie », nécessitant, pour la résoudre, un ensemble de solutions à la fois politiques et scientifiques. Comme l'écrit Kenneth Martin Pinnow, « la façon dont ces différentes institutions ont procédé à la collecte, à l'organisation et à l'interprétation des informations sur le suicide peuvent être lues comme le reflet du nouveau paysage politique « soviétique » » (269). Le savoir scientifique s'intègre dans le mode de gouvernement. Ces « experts sociaux » que sont les médecins possèdent une vision commune de la société, entité pouvant être comprise et contrôlée par l'observation et les interventions thérapeutiques afin de fonder une société saine (269).

Inspiré par ces travaux, considérant l'acte suicidaire comme relevant de déterminants socio-économiques, le *Département de la Statistique Morale* désigne les chiffres du suicides comme étant un excellent marqueur pour déterminer les évolutions favorables de la révolution depuis la chute du tsarisme (222).

Contrairement aux prédictions les chiffres sont mauvais et soulignent le retard pris par l'U.R.S.S. – en 1927 -, résultats condamnant la statistique morale. « Les recherches de la médecine légale, écrit Gregory Dufaud, était donc prises dans une tension entre le général et le particulier, le social et le biologique, qui renvoyait à la question de la nature humaine et à la possibilité de la transformer. Mais le savoir constitué était en retour susceptible de pointer le hiatus entre discours et réalité » (222).

La psychiatrie soviétique des années 1920-1930 aime à souligner l'originalité de son approche médicale et scientifique dans la construction du socialisme ; or en réalité, comme le remarque Benjamin Zajicek, une telle démarche est retrouvée dans plusieurs pays, et ce à des dates antérieures (221). Daniel Beer a démontré l'importance de ces théories dans la pensée médicale

durant les dernières décennies de l'empire (96), mais on retrouve en Allemagne, durant les années 1880-1890 de telles inclinaisons dans le concept de "psycho-hygiène" (273) (274), mais également en Allemagne avec la théorie morélienne (1857) de la dégénérescence (275) et aux Allemagne avec la création du *National Committee for Mental Hygiene* (221).

Plus qu'une impulsion socialiste, cette médicalisation du social prend sa source dans les manquements même du programme marxiste-léniniste qui n'offre au final que peu d'indications pratiques pour bâtir le socialisme, laissant aux experts la charge de proposer outils et méthodes (221). Selon l'historien David Hoffman, « la construction du socialisme n'était pas seulement redevable aux spécialistes, elle a réalisé leurs rêves de remodelage de l'ordre social, quoique d'une manière extrêmement brutale » (221).

Cette alliance entre la psychiatrie russe – avide de démontrer l'efficacité et la véracité de ses vues sur le psychisme et sur la prévention – et les *bolcheviks* –souhaitant bâtir le socialisme et son homme nouveau – se porte bien dans les premiers temps du nouveau régime. Les staliniennes années 1930 viennent bouleverser cet équilibre et, écrit Zajicek, « en 1936, il devenait de plus en plus clair que "construire le socialisme" ne signifiait pas réaliser les rêves des psychiatres » (221).

Quelles sont les raisons de la perte d'influence de la psychiatrie au tournant des années 30-40 ? Benjamin Zajicek isole deux causes principales : la première se trouve dans la réattribution des ressources au sein d'un pays vaste et en retard de développement sur les pays capitalistes, mais aussi pour une seconde raison, d'ordre idéologique. « L'autorité de la connaissance psychiatrique reposait sur une épistémologie particulière et une manière particulier de conceptualiser la société, et celle-ci c'est révélé incompatible avec le revivalisme léniniste et le néo-traditionalisme de l'époque stalinienne. [...]. Le régime stalinien a créé un mécanisme très structuré pour contrôler et influencer les normes de la vie sociale et le comportement individuel grâce aux technologies de police, d'enregistrement et de surveillance mutuelle et au témoignage public. Les connaissances psychiatriques ne faisaient pas partie de ces mécanismes. Les psychiatres soviétiques utilisaient un "régime de vérité" qui reposait sur une conception statistique des capacités humaines normales et affirmant la capacité du clinicien à utiliser ces connaissances pour placer l'individu dans sa position naturelle au sein du corps social. Ces revendications d'autorité sur le plan type d'action "normale" pour chaque individu s'opposaient à la notion individuelle pouvaient surmonter les limitations physiques, et s'opposaient également au concept "néo-traditionaliste" qui attribuait à chacun son statut dans la société en fonction de sa relation avec le régime » (221).

3. La psychiatrie extrahospitalière

a) *Le psychiatre, bras armé du politique*

Si l'objectif de santé publique après la Première Guerre mondiale est l'augmentation du nombre de lits d'hospitalisation, la psychiatrie russe va, à partir de la décennie 1920, s'orienter vers la fondation d'un vaste réseau d'assistance extrahospitalière (276) : le manque de lits étant trop faible, le choix est donc fait d'organiser au maximum la prise en charge des patients hors de l'hôpital.

L'affirmation de la psychiatrie extrahospitalière relève également d'un objectif politique ; après avoir collaboré avec le régime *bolchevik* durant la révolution et la guerre civile, une part importante des psychiatres soviétiques se considèrent désormais comme des partenaires importants du nouveau pouvoir (217).

La *Nouvelle Économie politique* (N.E.P.) annoncée en 1921 par le gouvernement prévoit une période de transition du capitalisme d'État vers le socialisme, période durant laquelle la lutte des classes serait toujours présente, accompagnée de son cortège de malheurs (alcoolisme, maladies vénériennes, superstitions, manque d'hygiène, etc.). Le corps médical est ainsi désigné comme utile dans la fondation de cette nouvelle société, en bâtissant un système de santé publique efficace (277). La psychiatrie est pensée par les *bolcheviks* comme ayant un rôle important à jouer dans le « projet transformatif » de la société (141).

La figure principe dans cette orientation extrahospitalière – en russe on parle d'assistance psychiatrique (*psikhiatricheskaïa pomochtch*) (141) – est le psychiatre Lev M. Rosenstein (278). Rosenstein s'intéresse, et ce même avant la première guerre mondiale, à l'intérêt que peut recouvrir des dispensaires en tant qu'institution pouvant combattre la "nervosité" de la population russe (221). C'est ainsi qu'il professe que :

L'hospitalisation ne peut pas résoudre le problème de l'amélioration de la situation de tous les malades mentaux. [...]. La majeure partie des malades mentaux restera dans la population. La psychiatrie doit aller au-delà des institutions psychiatriques (258).

Lors du second Congrès de psychiatrie panrusse qui se tient en 1923, Rosenstein, alors membre du *Commissariat à la Santé*, présente un rapport intitulé *Les nouvelles tâches de la psychiatrie* dans lequel il défend l'ouverture de départements psychiatriques au sein des hôpitaux généraux afin de décloisonner la spécialité.

Avec l'aide de Nikolaï Semaskho (279), Rosenstein crée en 1924 un dispensaire ambulatoire neuropsychiatrique, qui sera transformé en 1928 en *Institut de prévention neuropsychiatrique*. Composé d'une équipe ambulatoire, de plusieurs laboratoires et d'un service d'hygiène mentale qui effectue des examens psycho-sanitaires au sein des usines, son objectif est tourné vers la prévention. Comme l'écrit Youri Savenko, « il s'agissait d'une initiative pionnière exceptionnelle, qui a rapidement déterminé le visage de la psychiatrie nationale, ce qui a permis de réaliser l'orientation psycho-prophylactique à travers le pays » (258). L'institut de Rosenstein cherche à réaliser l'idéal prérévolutionnaire de la prévention des troubles : ce champ nouveau est nommé *psikhogigenia* par Rosenstein et ses collaborateurs, qui le traduisent volontairement en "hygiène mentale", marquant par là leur filiation envers le mouvement de Clifford Beers et d'Adolf Meyer fondé en Allemagne en 1909 (221). Comme l'écrit Benjamin Zajicek, « pour Rosenstein et ses collègues, l'objectif était d'établir des faits sociaux sur la santé mentale de la société et de créer des interventions rationnelles et ciblées visant à mettre fin à la "nervosité" et à prévenir la maladie mentale, particulièrement la schizophrénie » (221). Ainsi⁵¹, écrit Rosenstein en 1925, la psychohygiène est :

non seulement une "rénovation du travail", mais également une "révolution dans la vie quotidienne" (221).

Qui permet :

l'organisation du nouvel homme dans le nouvel ordre social (221).

Ces dispensaires neuropsychiatriques ont pour mission de maintenir la santé psychique des citoyens soviétiques ; proches des centres psychiatriques externes à l'hôpital, ces dispensaires ne s'occupent pas uniquement de soins, mais également de la surveillance médicale de la

⁵¹ Lors de la condamnation de la psycho-hygiène en 1931, un autre dirigeant du mouvement résume son programme comme étant « l'organisation du nouvel homme dans le nouvel ordre social ». Benjamin Zajicek, *Soviet Madness. Nervousness, Mild Schizophrenia, and the Professional Jurisdiction of Psychiatry in the USSR, 1918-1936*, Ab Imperio, vol. 4, 2014, p. 174.

population pour saisir au plus près les besoins et les évolutions de la santé neuropsychique. Ces structures entreprennent un « enregistrement préventif de la santé psychophysique », permettant d'identifier les troubles psychologiques et psychiatriques courants, « les écarts par rapport à la santé », et ainsi de « déterminer les besoins de changements et d'améliorations d'une sorte ou d'une autre dans les conditions du travail et de la vie quotidienne » (221).

Si à l'origine les dispensaires neuropsychiatriques sont créés au sein des dispensaires généraux, ils sont ensuite organisés en structures indépendantes, où l'on pose les indications d'hospitalisations et où l'on identifie les patients malades mentaux nécessitant un traitement, particulièrement sur le lieu de travail. Ces nouvelles structures permettent à la psychiatrie russe de mettre en évidence l'influence de facteurs nocifs dans l'incidence des pathologies mentales et de faire d'immenses progrès dans l'étude des formes précoces des pathologies psychiatriques. Toutefois comme on le verra, ces avancées sont contre-balancées par l'idéologie régnante, qui affirme la prégnance du social dans la genèse des troubles (258).

b) La santé psychique en U.R.S.S. selon l'Institut de prophylaxie

Les premiers dispensaires ouvrent leurs portes en 1925⁵² et sont largement interdisciplinaires, englobant psychiatrie, psychologie, travail social, éducation, psychologie industrielle et sociologie (221).

Exemple de sa mission, une affiche de l'*Institut de prophylaxie* sur l'hygiène mentale placardée dans les usines moscovites, sur laquelle nous pouvons lire :

Afin de protéger la santé mentale des travailleurs, l'*Institut* a ouvert une Clinique centrale de consultation en hygiène mentale à laquelle vous pouvez vous adresser pour obtenir les conseils du médecin sur ce qui suit : 1. La fatigue, la nervosité et comment y faire face ; 2. Comment arrêter de fumer et de boire ; 3. La vie sexuelle et la santé ; l'hygiène du mariage ; 4. Le mariage et les enfants pour ceux qui veulent se marier ; 5. Le choix d'une profession ; 6. Le travail et le repos (221).

⁵² Au final, jusqu'au début des années trente, ce sont vingt-neuf dispensaires qui ouvrent. Celui de Moscou est divisé en quarante districts, et est desservi par quatre-vingt-dix-sept psychiatres. En 1930, la plupart des dispensaires signalent une moyenne de consultation de 15 000 visites, pour 2 000 à 6 000 patients. Benjamin Zajicek, *Soviet Madness. Nervousness, Mild Schizophrenia, and the Professional Jurisdiction of Psychiatry in the USSR, 1918-1936*, Ab Imperio, vol. 4, 2014, p. 179.

Chaque dispensaire s'occupe d'une population de 200 000 personnes, et s'attelle à étudier les conditions socio-environnementales du territoire ; il délivre aux lieux de travail et aux écoles des "passeports sanitaires", et réalise des examens physiques et psychologiques des individus. Ces examens tentent particulièrement de préciser les antécédents de « frayeurs, de conflits familiaux, de traumatismes mentaux, de chocs nerveux et de traumatismes crâniens » (221), d'étudier les causes de la fatigue, les mesures des fonctions psychologiques (mémoires, temps de réaction) (221). Les premiers résultats récoltés mettent en évidence « une nervosité massive »⁵³ de la population générale, dont les symptômes se manifestent dans « la sphère émotionnelle (humeur dépressive), tendance aux comportements obsessionnels, hallucinations, troubles du sommeil et troubles du système nerveux autonome » (221). Commentant une étude de 1926 portant sur une population d'universitaires, Rosenstein écrit ne plus s'étonner de l'importance des manifestations psychiatriques dans la population considérée comme saine : il constate qu'un dixième des étudiants en bonne santé, souffrent de compulsions, 6,73 % d'hallucinations ; cette statistique, chez les élèves classés comme nerveux, monte à 15 % (248). Rosenstein conclut (1928) que les phénomènes hallucinatoires sont bien plus répandus que ce pensaient les psychiatres hospitaliers, et qu'en réalité, « pas moins de 60 % des schizophrènes restent au travail et sont souvent pris pour des neurasthéniques » (277).

Considérant que ces symptômes rapportés de la population générale doivent être compris « non pas comme des maladies, mais comme des réactions » (221), normales dans des conditions hostiles, Rosenstein et ses équipes suggèrent, pour améliorer la santé des citoyens et des travailleurs, d'influer sur les conditions de vie, et proposent différentes mesures pratiques aux institutions expertisées : nettoyage des ordures, approvisionnement en eau, chauffage, éclairage (221).

La nervosité est caractérisée quantitativement, en rapport à des dérivations statistiques par rapport à la norme, et non qualitativement : c'est la fréquence des symptômes qui pose problème, les réactions en elles-mêmes étant physiologiques dans un tel environnement. Les individus n'ayant pas la même constitution, certains d'entre eux sont ainsi capables de résister à de telles pressions qui, chez d'autres, entraînent des manifestations pathologiques. Les antécédents traumatiques sont autant d'éléments fragilisants.

⁵³ Par exemple, dans une usine de métallurgie, 42,9 % des travailleurs sont neurasthéniques, 75 % chez les grutiers. Benjamin Zajicek, *Soviet Madness. Nervousness, Mild Schizophrenia, and the Professional Jurisdiction of Psychiatry in the USSR, 1918-1936*, Ab Imperio, vol. 4, 2014, p. 176.

À côté des mesures préventives, les experts en hygiène mentale doivent donc détecter les personnes plus sensibles, et les orienter vers des professions et des environnements professionnels dans lesquels elles peuvent fonctionner sans troubles (221). « En étudiant l'interaction entre la physiologie humaine et l'environnement, écrit Zajicek, les experts en sciences psychologiques pouvaient déterminer où et comment une personne était le mieux placée pour travailler » (221). Collaborateur de Rosenstein, L. Rokhlin écrit que :

l'hygiène mentale s'efforce d'amener la compétence psychoneurologique au-delà du cercle étroit du rachitique, de l'anomalie [...] et d'appliquer cette compétence psychoneurologique à l'organisation du comportement des individus et, en particulier, à l'organisation de l'environnement concert, de la production, du travail, de la vie quotidienne (221).

Petr Gannushkin propose, au milieu des années 1920, une théorie qui établit que cette nervosité peut, dans certains cas, ne plus être une réaction temporaire, mais un état permanent d'invalidité dans le cadre d'un syndrome qu'il nomme "invalidité mentale acquise" (*nazhitaia psikhicheskaia invalidnost*) (221). Chez ces malades, âgés de vingt à trente ans souvent victimes de traumatismes psychologiques antérieurs non enregistrés, le repos est inefficace, contrairement aux neurasthéniques. Gannushkin cible le « rythme de notre temps » qui exerce « une tension excessive, tant mentale que physique » (221). Leurs cerveaux, conclut-il, sont prématurément usés, ce qui est à l'origine d'une symptomatologie permanente.

L'hygiène mentale propose ainsi de rationaliser les vies de chaque individu, et d'adapter chaque environnement aux besoins de chacun (280) ; comme l'écrit Zajicek, « avec l'aide de l'expertise scientifique, les citoyens soviétiques pourraient devenir des contributeurs sains, bien adaptés et productifs à la société socialiste » (221).

À début des années 1930, la prophylaxie neuropsychiatrique se développe et occupe la première place de la psychiatrie soviétique : l'*Institut* de Rosenstein est désigné comme "institut de premier plan" dans le domaine de la psychiatrie, responsable de toutes les questions d'hygiène mentale et du traitement de l'alcoolisme. En 1931, l'*Institut de prophylaxie* est chargé de diriger la publication du *Korsakoff Journal of Neurolopathology and Psychiatry* ; pour l'occasion, le nom de la revue est modifié : *Korsakoff Journal of Soviet Neuopathology, Psychiatry and Mental Hygiene* (221) : dans le premier numéro, l'article principal souligne l'importance de l'hygiène mentale (221).

c) *Le stalinisme contre l'hygiénisme*

À partir de 1931, les rapports de force se modifient : à la suite d'un changement de priorités établies par Staline, le *Commissariat à la Santé* commence à prendre ses distances avec l'hygiène mentale.

Au printemps 1931, M. F. Vladimirski, le nouveau commissaire à la Santé, réprime publiquement les psychiatres qui publient des études soulignant que le travail du Parti était à l'origine de "nervosité" et, en décembre, Rosenstein est convoqué au Commissariat pour présenter un plan d'action afin de résoudre les problèmes de la psychiatrie nationale. Son intervention ne convainc pas les autorités ; dans l'éditorial chargé de la critique, de jeunes psychiatres condamnent l'action de leur aîné. Son erreur, rapportent-ils, ne se trouve pas seulement dans une mauvaise gestion des ressources, mais, plus graves, prend son origine dans des erreurs politiques (221).

L'hygiène mentale a été un moyen d'utiliser l'expertise scientifique dans la gestion de nombreux domaines, entrant *de facto* en compétition avec les prérogatives du Parti. Rosenstein est alors accusé de « déviationnisme de gauche », de « déviations théoriques et de pratiques grossières dans le domaine de l'hygiène mentale » (221) et d'avoir accepté sans critiques les hypothèses idéologiques prônées par l'hygiénisme américain. On le fustige pour avoir tenté de remplacer le socialisme par l'hygiène mentale comme outil utilisé par le Parti pour fonder l'homme nouveau. « Dans la mesure où elle avait un rôle à jouer, écrit Benjamin Zajicek, l'hygiène mentale devait être subordonnée aux besoins de la classe ouvrière. Les hygiénistes mentaux avaient supposé que leur but d'apporter des "habitudes rationnelles" et une "hygiène" à tous les aspects de la vie soviétique était le même que l'objectif du Parti de créer une société socialiste. Mais leurs prétentions à des connaissances spécialisées uniques sur les problèmes du travail, des études et de la vie quotidienne les mettaient en conflit direct avec les priorités des directeurs d'industrie, des présidents de fermes collectives et des activistes du Parti communiste » (221).

Faisant son autocritique, Rosenstein déclare alors qu'il ne s'occupera désormais que de pathologies psychiatriques franches et graves, comme la schizophrénie ; il supprime également le terme "nervosité" qu'il reconnaît être peu clair. Comme l'écrit Rosenstein :

Classiquement, les maladies mentales à évolution modérée sont nommées “nervosité” et seuls les cas extrêmes s’appellent “maladies mentales” ; nous devons en finir une bonne fois pour toutes avec cela (221).

Dès lors, sous la période stalinienne, les psychiatres soviétiques doivent se limiter à leur domaine de compétence : une maladie mentale, même légère, est une pathologie mentale et non la conséquence d’un ordre social délétère. « Sous le stalinisme, écrit B. Zajicek, les psychiatres devaient avoir compétence professionnelle sur les personnes souffrant d’entités différentes de la santé normale. [...]. Le travail des psychiatres est d’étudier et de traiter des maladies mentales spécifiques, et d’étudier et de traiter la société dans son ensemble » (221).

Gurevich et Shmar’yan (1932) demandent aux experts du “front psychoneurologique” de rendre leur travail « plus concret », et de reconnaître que leur domaine d’expertise ne porte que sur les maladies mentales et non sur les relations sociales dans leur ensemble. Ces derniers citent la schizophrénie, en particulier « ses formes aiguës et précoces », comme une maladie nécessitant une attention active de la part des dispensaires dans la détection : ces deux psychiatres souhaitent que les dispensaires neuropsychiatriques soient utilisés afin de détecter de manière précoce les cas de schizophrénie, permettant un traitement plus précoce en hôpital psychiatrique (221).

Entre 1931 et 1936, l’*Institut de prophylaxie neuropsychiatrique* continue d’être à la tête de la psychiatrie soviétique et les dispensaires neuropsychiatriques poursuivent leur action (221), toutefois, les psychiatres sont prévenus : ils ont à justifier la singularité de leur profession, à veiller à maintenir une distance avec l’hygiène mentale américaine et à modifier leur objectif qui est désormais l’amélioration de la santé mentale du pays afin d’augmenter la production et la construction du socialisme ; loin est l’objectif initial du mouvement (221).

Après 1933, et l’arrivée au pouvoir des nazis en Allemagne, la pression se fait plus forte encore. Les tests psychologiques d’évaluations, d’intelligence en particulier, sont dénoncés comme technologie fasciste, quantifiant les qualités humaines dans une perspective dimensionnelle autour d’une norme statistique (221), rendant encore plus sensibles les politiques d’hygiène mentale.

Simultanément en U.R.S.S., le regard change sur le rapport à la technique : le stakhanovisme posé en modèle annonce la fin de l’idée de ne pas surmener le corps humain, répudiant les principes que l’hygiène mentale essayait de promouvoir (221).

4. Le concept de schizophrénie en Russie

a) *Le concept de dementia praecox en Russie*

Le concept de *dementia praecox* de Kraepelin est adopté en Russie dès les années 1890 et son diagnostic se généralise à partir des années 1900 (221).

La *dementia praecox* de Kraepelin est popularisée en Russie grâce aux psychiatres moscovites formés par Korsakoff (277). En 1900, A. N. Bernstein, assistant de Korsakoff, s'attelle à étudier les archives cliniques de la clinique universitaire afin de vérifier les théories de Kraepelin sur la *dementia praecox* ; il conclut que les patients répondant aux critères de la pathologie kraepelinienne ont bien, comme l'affirmait l'allemand, un pronostic « qui semblait défavorable dans tous les cas » (277).

En 1907, le groupe de Moscou, avec à sa tête Bernstein, Soukhanov et Gannushkin, fonde la revue *Psychiatrie moderne (Sovremennaja psikhiairiia)*, dans laquelle est faite la promotion de l'œuvre de Kraepelin.

b) *Le concept de schizophrénie en Russie*

Le terme schizophrénie apparaît en Russie en 1912, à la suite d'une recension des travaux de Bleuler par Gurevich dans *Psychiatrie moderne*, terme considéré comme étant :

beaucoup plus fondé et caractéristique des signifiants de cette maladie que le concept de "démence", beaucoup moins "hâtif" (277).

Si le diagnostic de schizophrénie apporte un certain espoir aux patients (20 % des sujets se rétablissent spontanément selon Bleuler), les handicaps persistants poussent les psychiatres de la période impériale tardive à développer un pessimisme thérapeutique et à se concentrer sur les méthodes de prévention : le seul espoir est alors de poser un diagnostic précoce et de diminuer les facteurs de risques de la maladie. Ainsi, cherchent-ils à éduquer la population afin d'éradiquer l'abus d'alcool et les mauvaises conditions de vie, limiter la surcharge de travail et la mauvaise hérédité (221).

Les psychiatres moscovites adoptent dès lors l'approche psychologique de la schizophrénie

bleulerienne, recherchant des symptômes pathognomoniques pouvant être objectivement mis en évidence par des tests psychophysiques (Bernstein, 1912) (277). Cette manière nouvelle de considérer les troubles mentaux pousse les psychiatres à s'intéresser aux spécificités psychologiques individuelles des patients,

Lorsque la Révolution éclate, cette terminologie est largement répandue et usitée dans la psychiatrie russe (277). Le manuel de psychiatrie de référence de Gurevich et Sereriski (1928) décrit la schizophrénie comme :

un processus de maladie endogène caractérisé par le développement progressif des signes de dédoublement du psychisme et de tiédeur émotionnelle (277).

Bleuler a non seulement donné un nouveau nom à la *dementia praecox*, mais il en a élargi les limites, de façon significative (221).

Ils décrivent l'entrée dans la maladie comme étant souvent progressive ; le malade commence par échouer au travail, à « perdre sa volonté », développe des illusions et souffre d'une « séparation entre les idées et l'affect ». Initialement, les proches considèrent ces premiers symptômes comme des manifestations de timidité ou de paresse, puis les patients développent dans un second temps de profonds troubles de rapports aux autres, cessent de fonctionner au travail et se retirent de la société (221). On conseille alors aux malades ayant déjà développé des symptômes précoces d'accepter un travail « à faible responsabilité » avec « un stress mental minimal », de prendre l'air, de manger de la nourriture fraîche (221).

V. A. Giliarovski, dans son manuel pour les étudiants (1931), donne la définition suivante :

La schizophrénie est une maladie mentale à la base de laquelle se trouve un processus cérébral se développant sur un fond de prédisposition héréditaire et produisant, avec des changements dans tous les fondements de la personnalité mentale, un portrait clinique de déclin croissant de l'intellect. [...]. Les caractéristiques qui ont une signification ne sont pas un symptôme unique, ni même leur totalité, mais, pour ainsi dire, la particularité du lien interne qui les unit (277).

Dans l'encyclopédie soviétique de 1933, la schizophrénie est définie par V. A. Giliarovski comme :

la maladie mentale la plus répandue, entraînant des changements profonds dans l'ensemble de la personnalité mentale [...] avec une division particulière du psychisme avec perte de son intégrité et de son unité intérieure (221).

5. La pédopsychiatrie en U.R.S.S.

a) Les débuts de la pédopsychiatrie en Russie

Le mouvement scientifique s'intéressant à l'enfance prend de l'importance dans la décennie 1890 et, comme l'écrit Andy Byford, cet intérêt nouveau à « transformé l'intérêt croissant pour l'enfant, qui était auparavant un ensemble relativement restreint d'initiatives professionnelles et disciplinaires en un ambitieux programme d'innovation dans les sciences humaines qui se positionnait à la pointe de la modernité » (281).

La presse pédagogique et médicale russe devient la caisse de résonance des travaux étrangers sur la question, assurant les comptes rendus et traductions des principaux ouvrages internationaux. Rapidement, les savants russes participent activement au mouvement, se rendant aux conférences internationales et invitant des sommités à venir tenir des présentations dans l'empire.

C'est dans ce contexte d'intérêt pour ces études que, dans les derniers temps de l'Ancien régime, commencent à être diagnostiquées des formes développementales pathologiques ainsi que des diagnostics de « sous-normalité » chez les enfants russes : ces descriptions cliniques, bien souvent articulées avec le concept à la mode de « dégénérescence », sont considérées, dans les années 1900-1910, comme étant les effets secondaires de la modernisation incontrôlée (281).

Les premières études sur la pathologie mentale de l'enfant portent sur les perturbations graves qui provoquent un retard mental. En 1872, Merjeyevski s'intéresse à la microcéphalie (32), qu'il assimile à un arrêt développemental au point de vue cérébral durant la période embryologique. Sergueï Korsakoff se penche également sur la question ; dans son ouvrage *La Psychologie des Microcéphales* le moscovite décrit ce trouble comme étant secondaire à des

dommages cérébraux endurés lors de la période de développement intra-utérine.

En 1892, S. N. Danilo écrit sur le syndrome catatonique chez l'enfant, tandis que O. B. Feltzman, l'un des premiers russes à étudier les troubles psychiatriques mineurs, écrit une monographie sur *Les enfants nerveux* (282).

Des institutions spécialisées dans les troubles de l'enfant, financés par la charité privée (20), ouvrent leurs portes à la fin du XIXe, afin de s'occuper des jeunes épileptiques et déficients intellectuels (282).

Au cours des deux dernières décennies de l'empire, une partie de l'intelligentsia russe, constatant la lenteur des réformes, décide de « développer de manière indépendante (bien qu'à une échelle inévitablement insatisfaisante) ce qu'elle considérait comme des formes modernes de bien-être dans des domaines clés de la vie sociale, notamment, de manière évidente, des soins, une éducation et une formation fondés scientifiquement sur des bases rationnelles et scientifiques pour les générations futures de l'empire » (281). Ayant conscience que la population russe était en réalité une grande inconnue, est décidé dans un premier temps de la connaître d'un point de vue scientifique à travers des études permettant d'intégrer les données dans un cadre normatif ; c'est à cette époque que fleurit l'utilisation des tests mentaux et des expériences psychologiques, essayant de saisir au plus près la réalité de la population.

Cette évolution divise les professionnels de la psychiatrie, de la psychologie (alors encore branche de la philosophie), éducateurs et enseignants : si une part d'entre eux s'engage dans l'étude objective des données de l'enfance, d'autres critiquent l'absence de consensus sur le caractère universel des normes ainsi établies et usent d'autres méthodes pour évaluer le développement de l'enfant, axé autour des mesures éducatives traditionnelles, garantes des normes (281).

Dans les premières années du XXe siècle, les écoliers sont évalués à l'aide de moyen pédagogique traditionnel ou par des tests mentaux modernes (parfois par les deux simultanément) : les enfants présentant des résultats en dessous des normes doivent alors passer devant un médecin qui est chargé d'identifier les enfants pathologiques, tant mentalement que physiquement.

Quelques praticiens, dans la lignée de Grigori I. Troshin, et de son livre *sur Les fondements anthropologiques de l'éducation : Une psychologie comparative des enfants normaux et anormaux* (1915), affirment alors le nécessaire progrès à réaliser dans la compréhension du développement de l'enfant. « Certaines autorités médicales russes [...], rapporte Andy Byford,

ont fait valoir [...] que la compréhension de la pathologie du développement de l'enfant était prioritaire sur le plan épistémologique : l'analyse des formes pathologiques était le meilleur moyen de comprendre le développement normal » (281). Dans le même temps, certains psychiatres et neurologues influents, comme Alexander N. Bernstein et Grigori I. Rossolimo, défendent les tests mentaux comme unique instrument d'évaluation objectif, rendant leurs utilisations indispensables. La méthode des « profils psychologiques » développée par Rossolimo pour évaluer les capacités mentales des enfants connaît ainsi un grand succès dans la décennie 1910-1920 (281).

Le manque d'homogénéité sur la question de la norme développementale est pourtant criant : selon Andy Byford, « les dernières décennies du tsarisme ont été caractérisées par une pluralité, une indétermination et un mélange de régimes normatifs et diagnostiques coexistant, ce qui a conduit à un flou remarquable dans ce qui constituait une violation de la norme » (281). Les catégories diagnostics et le vocabulaire sémiologique provenant des modèles médical, psychologique, éducatif, moral et juridique se mêlent dans un maelstrom descriptif confus (283) : « des catégories telles que « peu performant », « gênant » ou « nerveux » côtoyaient « l'épileptique » ; les défauts de « caractère » (tromperie, paresse, agitation) étaient diagnostiqués avec la même gravité que des niveaux de « retard » congénital (idiotie, imbécillité, débilité) » (281). Dans la confusion, l'attribut « défectueux » commence à prendre le pas sur les autres. Mal défini, il autorise une large utilisation, à l'origine d'une grande variation dans les estimations statistiques de l'infranormalité et de la pathologie. « Alors que le normativisme était répandu dans le domaine de l'étude de l'enfant en général, écrit Byford, et que des efforts concertés pour identifier « le mal » dans la population enfantine de manière scientifique existait, on ne retrouvait que très peu d'ordre et de précision à ce sujet » (281). Les études réalisées avant la révolution ne sont pas de grande ampleur : « étant donné le manque relatif d'intérêt et d'apport de l'État tsariste dans ce domaine, poursuit Byford, les professionnels impliqués dans l'étude de l'enfant ne pouvaient compter que sur leur propre initiative et sur un soutien matériel plutôt limité, essentiellement philanthropique. Ils pourraient donc élaborer les normes pertinentes, formuler des diagnostics et ne présenter des statistiques que localement et au coup par coup. En d'autres termes, même si l'idée d'une « population enfantine » a pu être invoquée, cette population est restée en dehors du champ épistémologique et normatif de l'intelligentsia professionnelle » (281). Si un laboratoire d'hygiène scolaire est créé lors du premier conflit mondial pour développer le suivi de la santé et des capacités des élèves à partir des tests modernes et définir des normes de développement physique et

psychologique en fonction de l'âge, du sexe, de l'appartenance ethnique et de la localisation géographique, l'expérience ne survit pas à la Révolution.

Ces études sociopolitiques, médicales et neurophysiologiques débutées au XIX^e siècle forment la « pierre angulaire » (282) sur laquelle la pédopsychiatrie soviétique va croître. Cette spécialité ne devient autonome qu'à partir de la période postrévolutionnaire et est modelée par les décisions du gouvernement soviétique des années 1920-1930. « La psychiatrie de l'enfant est une spécialité médicale particulièrement sensible aux forces sociopolitiques. [...] Finalement, souligne Nancy Rollins, la pédopsychiatrie doit être considérée comme un reflet du système socioculturel soviétique qu'elle sert » (282).

Le développement réel de la pédopsychiatrie débute après la révolution de 1917 ; très rapidement, les Commissariats à la Santé et à l'Éducation poussent à la création d'établissements spécialisés dans la prise en charge des enfants souffrants de troubles mentaux (20). La question est alors d'une brûlante actualité.

Le premier conflit mondial suivi par la guerre civile laisse un nombre important d'orphelins dans une grande difficulté matérielle. En 1921, on dénombre ainsi deux millions d'enfants et adolescents privés de l'un ou des deux parents (284). On utilise alors le terme de *besprizornye* (abandonnés), pour désigner ces enfants, terme qui recouvre en réalité tout en ensemble de situations problématiques de l'enfance, allant des enfants illégitimes (*nezakonorozdennye*) aux orphelins (*besprijutnye*), passant par les enfants délinquants (*nesoversennoletnie pravonarushiteli*), les jeunes atteints de « déficience morale » (*moralno-defektivnye*), « difficiles à éduquer » (*trudnovospituemye*) ou négligés par leurs parents (*beznadzornye*) (284). Ces enfants sont pour le gouvernement *bolchevik*, « le symbole double de l'anarchie imminente et du communisme futur : elle pouvait saper la légitimité du nouveau régime, car pour échapper à la famine, les jeunes se réfugiaient dans la délinquance, mais elle pouvait aussi légitimer le communisme qui promettait de combattre les injustices sociales » (284). « L'utilisation de ces expressions ne dépendait pas exclusivement de l'état réel d'abandon des jeunes, et de leur quotidien, mais découlait d'une part des conceptions psychiatriques, psychopathologiques et juridiques des mineurs, et, d'autre part, de l'engagement de l'État soviétique dans la prise en charge de ces enfants » (284).

En 1918, devant la situation sanitaire désastreuse, le gouvernement adopte les statuts d'un *droit de l'enfance* alors inédit en Europe, qui, rapporte Caroli, « regroupait toutes les branches du droit qui concernaient d'une façon ou d'une autre la condition des enfants et leur relation avec

le milieu environnant : lois concernant la protection du développement physique, intellectuel, l'éducation à un comportement social, lois concernant la protection des droits de propriété ainsi que du travail juvénile » (284). En janvier 1918, le gouvernement révolutionnaire édite une instruction qui souligne « l'irresponsabilité des mineurs pour les actes qu'ils commettent du fait du développement incomplet de leur intelligence, du manque d'affermissement de leur conscience dans la détermination des rapports entre l'individu et la société, du manque de formation de leur volonté, du manque d'adaptation de leurs actes à la vie » et demande à ce qu'aucune peine pénale ne soit prononcée contre les mineurs. Les jeunes reconnus coupables d'activités socialement dangereuses sont examinés par une commission composée de représentants des services de la Justice, de l'Instruction publique et, au moins, un médecin (285).

Dans le contexte de réponse apporté par l'État, ces enfants deviennent des enfants « défectueux », qu'il s'agit d'aider par l'intermédiaire du savoir scientifique et par l'expérience professionnelle (281). Dans les premiers temps, la pédopsychiatrie soviétique se structure à distance de la psychiatrie, se développant comme une science à part appelée *défectologie* (*défekto-logia*), s'occupant des enfants mentalement déficients, sourds ou aveugles (20). Au début des années 1920, de nombreux instituts de recherche et établissement de soins consacrés aux « enfants pathologiques et anormaux » sont créés (281). Les *besprizornye* sont avant tout considérés comme étant des déviants sociaux, mais l'étiquette de « défectueux moral » appliquée par les psychiatres vient marquer leur prise en charge. Ainsi, dans les premiers temps postrévolutionnaires, le traitement de ces enfants s'inspire des travaux de certains anthropologues comme Dmitri Drill qui, lors de la décennie précédant, défendent la supervision médico-pédagogique (*mediko-pedagogicheski*) comme substitut aux traitements pénal des mineurs. Les « déficiences morales » de l'enfant délinquant s'intègre dans le spectre plus large d'une santé mentale et physique inférieure ; « la pathologisation de « l'enfant délinquant » au début de l'U.R.S.S., souligne Andy Byford, était encore ancrée dans une conception large et éclectique, pluraliste et hybride, de « l'imperfection » qui se répandait dans différents modèles disciplinaires et régimes normatifs » (281).

b) *La pédologie, la science de l'enfant*

1924 marque un tournant dans l'approche de la prise en charge des *besprizornye* ; devenant un problème moins urgent pour le gouvernement, la question des enfants abandonnés se pose désormais en terme politique : le concept de défection morale est critiqué d'un point de vue idéologique et est éliminé au profit de la rééducation par le travail. La médicalisation des « défauts » laisse la place à l'intégration des enfants anormaux au sein des circuits classiques d'éducation (281).

Dès lors, comme le souligne Andy Byford, « l'objectif n'était plus de diagnostiquer et de réformer les traumatisés et les malades, mais de transformer radicalement le système éducatif public afin qu'il puisse accueillir une population scolaire soviétique désormais véritablement massive - une population qui, dans sa majorité, était encore née et nourrie de familles avec des niveaux très bas d'instructions et de formations préexistantes » (281). Les techniques éducatives développées pour les enfants pathologiques sont alors utilisées au sein du système éducatif ; « il s'agit notamment de l'abolition des programmes fixes et des manuels scolaires, d'un apprentissage conceptualisé comme une exploration réelle du monde environnant qui progresse du plus au moins familier ou du concret à l'abstrait, d'éléments d'apprentissage par le jeu expérimental et d'un accent sur des activités pratiques, notamment liées au travail » (281). Si l'objectif d'éduquer ensemble les enfants « normaux » et « défectueux » n'a pas été validé par les autorités, les réformistes ont toutefois réussi à ce que les classes spéciales et adaptées restent partie intégrante du système éducatif conventionnel.

Le premier plan quinquennal lancé par Staline en 1928 aboutit à la scolarisation primaire universelle (*vseobuch*) en 1930 – en 1917, elle était restée un vœu pieux devant le manque de ressources allouées à l'éducation. Cette réforme vient bouleverser le monde éducatif, impliquant le retour aux moyens classiques d'enseignements ; l'approche disciplinaire envers les enfants identifiés comme délinquants, criminels ou socialement déviants est renforcée. Séparés du système éducatif conventionnel, ils sont confiés à des colonies de travail gérées par la police (281).

C'est dans ce contexte d'universalisation de l'enseignement que le concept normatif *d'enfant de masse* (*massovyi rebenok*) commence à être utilisé pour définir la population d'enfants so-

viétiques entrant à l'école. Cet enfant de masse devient « l'objet principal de la science de l'enfance » soviétique, la pédologie⁵⁴.

Internationalement reconnue de 1890 à 1914, la pédologie désigne « une nouvelle science multidisciplinaire consacrée au développement et à la socialisation de l'enfant dans tous ses différents contextes et manifestations » (281). Si en Occident la pédologie décline après la Première Guerre mondiale, « l'idée que l'on puisse et que l'on doit développer une telle science – comme étant une innovation radicale dans l'étude de l'être humain, réalisant des transformations sociales révolutionnaires en guidant scientifiquement le développement biopsychosocial de nouvelles générations de citoyens - a trouvé une oreille très réceptive parmi l'élite bolchevik » (281). Dès le début des années 1920 des intellectuels soviétiques d'importance s'engagent dans le développement de cette nouvelle science, mais l'adoubement de la pédologie en 1927-1928 par le Parti qui lance définitivement le mouvement (286) : les du premier congrès de pédologie de l'Union soviétique qui se tient à Moscou les Commissariats à l'Éducation et à la Santé désigne la pédologie comme discipline chargée, au nom de l'État, d'organiser scientifiquement la prise en charge des enfants, voie royale vers l'édification du socialisme (281). Des services de pédologie sont créés au sein des établissements scolaires : des pédologues scolaires ont alors pour tâche l'évaluation et l'orientation des enfants anormaux, situés sous les normes statistiques, vers des établissements spécialisés. Les spécialistes utilisent les tests usités dans les années 1910, tout en important de nouveau, des États-Unis principalement. Conjointement à ces tests, une visite médicale comprenant un examen anthropométrique est organisée, bien souvent par les pédologues eux-mêmes, très souvent médecins reconvertis ; les praticiens établissent souvent, comme il est d'usage à l'époque, une corrélation entre les anomalies physiques et la lenteur du développement et le faible niveau d'instruction (281). L'orientation vers les pédagogues est faite par la demande des professeurs, qui n'hésitent pas à envoyer les élèves perturbateurs et à cette époque, le nombre d'enfants catégorisé dans la « sous-normalité » augmente fortement ainsi que le nombre d'établissements spécialisés chargés de s'occuper de ces enfants. « Ce qui était crucial ici, écrit Byford, n'était pas la pratique du diagnostic en soi, ni la marque " sous-normale " en soi, mais le fait que la " sous-normalité " était diagnostiquée dans sa relation avec l'" enfant de masse " soviétique normatif, c'est-à-dire de telle sorte qu'elle était, en principe,

⁵⁴ A ne pas confondre avec la pédologie entendue au sens des études géologiques des sols, du grec *πέδον* pédon : « sol ». La pédologie en psychologie provient du grec *pais, paidos παῖς, παιδός*, enfant. On retrouve parfois l'orthographe *paidologie*.

statistiquement attribuable à la population infantile soviétique en soi. De plus, les évaluations de masse et les renvois ne servaient pas seulement à orienter rationnellement les écoliers ; ils étaient aussi des instruments bureaucratiques pour vérifier les réalisations de l'État révolutionnaire sur sa progression rapide vers le socialisme ; ils servaient à mesurer les succès et les échecs de " production " de certaines écoles ou de districts scolaires entiers. Le tri des enfants par capacité ou niveau de " perturbation " est devenu une forme essentielle de démonstration d'efficacité gestionnaire (ou d'efficacité), particulièrement dans le contexte de la responsabilité des administrations éducatives envers le Parti » (281).

En 1936, à la suite de la ratification de la nouvelle Constitution de l'U.R.S.S., Staline annonce que le pays a enfin réussi à « réaliser le socialisme » ; la pédologie, qui diagnostique un nombre important d'enfants, principalement au sein des classes populaires, comme étant inférieurs aux normes, entre alors dans le collimateur des instances dirigeantes du Parti. « Le travail du service de pédologie était perçu comme ayant abouti à un surdiagnostic catastrophique - et dans l'atmosphère malveillante de conspirationnisme stalinien - de sous-normalité dans la population infantile soviétique, en particulier parmi ceux qui appartenaient aux classes ouvrières et aux minorités ethniques idéologiquement valorisées » (281).

Le 4 juillet 1936, le Comité central publie un décret, *Sur les déviations pédologiques dans le système des commissariats du peuple à l'Éducation* (287) : le Parti accuse l'administration éducative de l'État de s'être lourdement fourvoyée en ayant introduit la pédologie dans les années 1920, puis en lui ayant accordé une place centrale dans l'exécution des politiques éducatives (288).

Le Comité central du P.C.U.S. par le présent acte décide que le Commissariat de l'Éducation de la R.S.F.R. et les Commissariats des autres Républiques soviétiques ont permis à certaines erreurs dans leur organisation scolaire de se développer. Celles-ci auraient eu pour origine l'encouragement massif des « pédologues » dans les écoles, où on leur accordait beaucoup trop de responsabilités, où on leur assignait les plus importantes fonctions dans l'administration des écoles et pour l'éducation des étudiants. [...] La pratique pédologique qui se développait absolument sans tenir compte des professeurs et des études scolaires, était fondamentalement basée sur des expériences pseudo-scientifiques et sur un nombre important sans fin de questionnaires et

de tests de recherches stupides et nuisibles réalisés sur les élèves et leurs parents. [...] C'est seulement parce que les Commissariats de l'Éducation ont été négligents dans l'administration de la science et de la pratique pédagogique, que ces théories antiscientifiques, ignares et périmées, qui ont été condamnées par le Parti, continuèrent à être acceptées jusqu'aux temps présents [...]. Le C.C.P.C.U.S. condamne la théorie et la pratique de ladite pédologie contemporaine. Le C.C.P.C.U.S. considère qu'à la fois la théorie et la pratique de ladite pédologie représentent des positions pseudo-scientifiques et antimarxistes. Les positions sont basées tout d'abord sur la principale « loi » de la pédologie contemporaine – la « loi » de la subordination du développement des enfants à des facteurs biologiques et sociaux, à l'influence de l'hérédité et de quelques vagues milieux immuables. Cette « loi » profondément réactionnaire est en complète contradiction avec le marxisme et son action pour l'édification socialiste, qui réédifie maintenant avec succès le peuple conformément à l'esprit du socialisme et détruit les vestiges du capitalisme dans l'économie et la conscience du peuple (20).

La pédologie est dès lors interdite, assimilée à une discipline bourgeoise pseudo-scientifique aux inspirations fascisantes. En réponse au décret, les instituts de pédologie, les laboratoires, les groupes de recherches sont démantelés, les manuels et monographies interdits ; les pédologues les plus influents s'imposent d'humiliantes autocritiques, mais n'échappent pas aux mesures de répression (288).

La campagne anti-pédologie se concentre sur l'utilisation des tests mentaux comme outil principal de la discipline déchuë : le Parti impose une interdiction générale de toute forme de recherche de masse et de l'utilisation de tests à l'échelle de la population (281). Comme l'écrit Byford, « la liquidation de la pédologie a entraîné la mort de l'"enfant de masse" - cet emblème de la norme soviétique relative à la population enfantine que la pédologie avait revendiquée comme son objet scientifique central, et ce, en particulier en raison de ses méthodes positivistes caractéristiques » (281).



Figure 33 : « Le pédologue au travail », Pravda, 31 août 1936 (288)

L'interdiction de la pédologie n'entraîne pas l'interdiction des tests mentaux et l'interdiction du diagnostic d'« imperfection » chez l'enfant ; c'est définir cette imperfection à travers des écarts à une norme statistique établie pour l'ensemble de la population qui est rejeté. Après 1936, le diagnostic doit être purement clinique, respecter la forme d'une entité nosologique précise et être attribué de manière individuelle. Pour identifier une anomalie chez l'enfant, il s'agit dès lors de pratiquer un examen médical mettant une évidence un déficit organique – classiquement une atteinte précoce du système nerveux – et une observation pédagogique, identifiant les difficultés d'apprentissage et les troubles du comportement, méthodologie limitant la comparaison des performances de l'enfant avec une norme statistique. En remplaçant le diagnostic dans le cadre de la relation médecin-enfant, le décret du Parti a permis l'identification d'un groupe réduit de « déficiences », qui ne relèvent pas d'une « science générale de l'enfant », comme l'est la pédologie, mais qui découle de l'étude stricte de la pathologie du développement infantile. Cette discipline nouvelle prend le nom de « *défectologie* » (*déftologiia*) (281).

c) *La déféctologie soviétique*

Si la déféctologie russe est largement influencée par la médecine et l'hygiène psychiatrique⁵⁵, le domaine principal d'influence de cette discipline est le domaine éducatif. La déféctologie revendique le domaine de l'éducation des *trudnovospituemye*, les enfants « difficiles à éduquer ». Parallèlement à la conception que ce groupe d'enfants ne peut recevoir un cadre éducatif classique, les autorités décident de créer des écoles spéciales dans lesquelles des normes développement différentes s'appliquent, à mi-chemin entre prise en charge éducative et médicale ; il est alors courant, pour la déféctologie, de parler de mesures « medico-pédagogique » (*vrachebno-pedagogicheskie*). Ainsi, souligne Andy Byford, « la zone occupée par la déféctologie était la marge et les frontières entre, d'une part, l'éducation, peuplée de personnes " difficiles à enseigner ", et, d'autre part, la médecine, peuplée de personnes " difficiles à guérir " » (281).

Il s'agit pour la discipline d'éduquer et de soigner ; cette zone frontière est recouverte par les études de la *pathologie pédagogique*, branche des sciences de l'éducation, mais dont l'expertise revient aux psychiatres. La « *pédagogie corrective* » (*korrektivnaia pedagogika*), forme thérapeutique utilisée par la déféctologie pour tenter de « corriger » les « défauts » des enfants déficitaires, consiste en un système d'exercices « d'orthopédie psychique » (*psikhicheskaia ortopediia*) (281). Bien qu'ils pensent que les « défauts » sont incorrigibles, les déféctologues russes des années 20 affirment que les enfants « déféctueux », eux, sont « corrigibles » grâce au renforcement compensatoire des fonctions corporelles, mentales et sociales « saines » existantes. Cette école de déféctologie russe, qui met l'accent sur la " compensation " (*kompensatsiia*) plutôt que sur la " correction ", est associée à l'œuvre du psychologue Lev Semionovtch Vygotsky (1896-1934).

Vygotsky affirme la nature sociale de la " déféctuosité " ; l'essence ne réside pas, pour lui, dans un dysfonctionnement organique ou mental intrinsèque (qui pourrait être « corrigé » par une " orthopédie " physique, sensorielle ou mentale), ni même dans un défaut constitutionnel. Il considère que la " déféctuosité " découle du caractère des relations qui relient le " déficient " à son environnement social (281).

⁵⁵ Dès les premières années du XXe siècle, les professionnels de l'éducation et de la santé utilisent le terme de pédagogie curative (*lechebnaia pedagogika*) pour désigner l'accompagnement des enfants présentant des troubles du développement.



Figure 34 : Lev Semionovtch Vygotsky (1896-1934)

Tout au long des années 1920, la déféctologie se développe concomitamment aux recherches plus larges sur la question de l'enfant, comme discipline chargée d'identifier, d'encadrer et de traiter les troubles, tant d'un point de vue développemental que socialisant. La réussite de la pédologie, promue cadre scientifique de références dans l'étude de l'enfance, englobe en son sein la déféctologie ; ce n'est qu'après la condamnation de la pédologie que la déféctologie s'institutionnalise en tant qu'entité disciplinaire (289).

d) Grounia Iefmovna Soukhareva (1891-1981)

La pédopsychiatrie russe du début du XXe siècle est marquée par la figure de Grounia Iefmovna Soukhareva (1891-1981).



Figure 35 : Grounia Iefmovna Soukhareva (1891-1981)

Née en Ukraine, elle effectue ses études de médecine à Kiev et monte rapidement les échelons ; à la fin de la Première Guerre mondiale, elle dirige la pédopsychiatrie à l'hôpital de Kiev, avant de s'installer à Moscou (277). En 1921, elle fonde, au sein du département de psychoneurologie pour enfants de Moscou, une école thérapeutique pour enfants ayant des troubles psychiatriques alors qu'en 1922, le *Commissariat à la Santé* publie un décret ordonnant la création d'unité de pédopsychiatrie au sein de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques, délivrant de plus amples moyens, augmentant le nombre de jeunes patients examinés.

À Moscou, Soukhareva travaille auprès de Petr Gannushkin et, inspirée par Ernst Kretshmer et ses travaux sur la personnalité schizoïde, elle s'intéresse à la schizoïdie chez l'enfant.

Soukhareva connaît la postérité en étant précurseur sur la question de l'autisme ; deux décennies avant Hans Asperger et Léo Kanner, elle propose une description clinique précise de ces troubles (290).

En 1925, G. I. Soukhareva publie une description détaillée des traits autistiques chez l'enfant, *Les psychopathies schizoïdes de l'enfance*⁵⁶, d'abord en russe, puis en 1926, dans la revue de langue allemande *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. Elle présente une observation de six jeunes patients observés pendant deux ans au sein de l'école thérapeutique de Moscou dans laquelle elle discute de la psychopathie schizoïde chez Bleuler et Kretschmer (290). Elle décrit les particularités de constitution corporelle et les déficiences motrices et sensorielles de ces enfants tout en soulignant le paradoxe d'un bon niveau intellectuel associé à un mauvais fonctionnement global. Ces enfants ont « un type de pensée étrange », une tendance à la « rumination absurde », une « tendance à la solitude » et une « certaine platitude et superficialité des émotions » (277). Elle postule que, dans ces manifestations, des lésions des ganglions de la base, du cervelet et des lobes frontaux forment le substrat anatomique (290).

Comme le fait remarquer Soukhareva, cette présentation clinique, qu'elle désigne sous le terme de « psychopathie schizoïde chez l'enfant », est proche de certaines formes précoces de schizophrénie. Toutefois, Soukhareva rapporte le propos des parents, qui soulignent que leurs enfants avaient toujours manifesté de telles présentations cliniques, et dit ne pas avoir pu prouver que cette pathologie soit évolutive. De plus, ces patients, aux capacités intellectuelles élevées, ne présentent pas le « déclin intellectuel » typique de la schizophrénie (277).

Les enfants présentés par Soukhareva sont pris en charge au sein de l'école thérapeutique,

⁵⁶ Dans un article ultérieur (1959), Soukhareva écrit un article en russe, toujours inédit, dans lequel elle remplace le terme schizoïdie par autisme. Cf. Irina Manouilenki, Susanne Bejerot, *Sukhareva – Prior to Asperger and Kanner*, *Nordic Journal of Psychiatry*, Volume 69, Issue 6, 2015, p.1762.

reçoivent une formation spécifique, faite de rééducation sociale et motrice, lors de cours de poterie, de peinture et de gymnastique. Cette prise en charge a facilité leur progression vers une école ordinaire, ce qui, écrivent Irina Manouilenki et Susanne Bejerot, « illustre à quel point Soukhareva était moderne dans ses idées sur la façon dont ces enfants devaient être aidés » (290). Récemment, certains auteurs ont souligné la primauté de la description du syndrome autistique chez l'enfant à Soukhareva (291) (290) (292) (293) et soulignent la proximité de cette description avec celle du Trouble du spectre autistique proposée par le D.S.M. 5 (2013) (290).

En 1935, Soukhareva est nommée directrice du département pédopsychiatrique du prestigieux *Institut central des études médicales avancées* ; elle restera en poste jusqu'en 1965.

C. Le tournant des années 1930 : naissance de la psychiatrie pavlovienne

Au début des années 1930, la psychiatrie soviétique est attaquée par certains physiologistes qui lui reprochent son manque de scientificité : ils prétendent que seule la théorie pavlovienne de l'activité nerveuse supérieure peut fonder un socle sérieux et solide sur lequel une psychiatrie réellement scientifique pourra se construire. L'adhésion croissante du corps des psychiatres aux thèses de Pavlov modifie grandement la pratique et bouleverse les théories de l'influence du milieu qui prévalait jusqu'alors ; cette adhésion, écrit Gregory Dufaud, « atteste de la place croissante donnée aux mécanismes physiologiques. Le poids accordé au fonctionnement cérébral en psychiatrie a pour corollaire une individuation thérapeutique qui bouscule les rapports entre individu et société : le collectif cesse d'apparaître comme le foyer évident des pathologies mentales et comme le seul lieu à l'intérieur duquel les résoudre » (102).

Ce basculement de la psychiatrie vers le pavlovisme est le lieu de conflits dans lesquels l'idéologie n'est pas absente.

1. La schizophrénie légère

a) *Le renouveau de Rosenstein*

Critiqué pour son approche de l'hygiène mentale au début des années 1930, Lev M. Rosenstein va réorienter ses travaux vers la clinique ; il décrit une entité nosologique nouvelle, la schizophrénie légère (*mild schizophrenia*) (221).

Quelques mois après avoir été publiquement critiqué par le *Commissariat à la Santé*, Rosenstein tient une conférence (juin 1932), dans laquelle il annonce, au nom de l'*Institut de prophylaxie neuropsychiatrique*, avoir décrit une pathologie inédite, la *schizophrénie légère* (221). Contrairement à la *schizophrénie latente* décrite par Bleuler, la schizophrénie légère de Rosenstein ne se limite pas au stade précoce de la maladie, mais est une entité pathologique à part, ne se développant jamais au-delà d'une :

division partielle des diverses zones sensorielles [...] en conscience de l'ego et de son orientation dans son environnement (277).

Ces malades sont décrits comme repliés sur eux-mêmes, éprouvant des sentiments de « léthargie », d'« apathie », de « dépression » et d'irritabilité, décrivant des douleurs somatiques étranges et des « réactions névrotiques ». Pour une part d'entre eux, ils avaient été diagnostiqués comme neurasthéniques ou atteints d'épuisement.

Ayant observé ces patients exécuter diverses activités au sein des dispensaires neuropsychiatriques, l'équipe de Rosenstein affirme qu'en réalité, il existe des processus pathologiques sous-jacents. Pour Rosenstein, ces patients ne sont pas simplement timides ou introvertis et ne souffrent pas non plus d'un des premiers stades de la schizophrénie, aboutissant ensuite à un état de schizophrénie totale. Il s'agit, pour le psychiatre, de tableaux de schizophrénie légère : comme il l'explique :

la schizophrénie légère est *sui generis* [...], ayant ses propres méthodes d'études, son pronostic particulier et sa propre signification sociale (277).

b) Le mode de vie socialiste et la diminution de l'intensité des troubles psychotiques

Pour Rosenstein, les patients atteints de schizophrénie légère auraient pu développer une schizophrénie totale dans d'autres conditions, mais le mode de vie socialiste a permis que l'évolution de ces troubles soit bénigne et « prépsychotique », proche des troubles de la personnalité. « Les conditions soviétiques, résume Benjamin Zajicek, ont produit une folie distinctement soviétique » (221).

Il est devenu clair que la nouvelle base sociale peut non seulement donner un nouveau contenu à la psychose, mais provoque une formation différente d'un processus de maladie endogène dans l'une ou l'autre personnalité concrète (221).

Avec son concept de schizophrénie légère, Rosenstein souhaite également s'écarter de l'apport de Kraepelin, particulièrement sur les questions de l'apparition, de l'évolution et du pronostic des troubles. Rosenstein souhaite mettre en lumière le biais méthodologique de l'allemand, puisque travaillant « dans une clinique [...] qui était essentiellement un hôpital psychiatrique sans matériel ambulatoire », Kraepelin n'avait étudié que des malades ayant « un diagnostic formel de maladie mentale » (221). Les dispensaires neuropsychiatriques permettent aux psychiatres soviétiques de ne pas reproduire l'erreur de Kraepelin, car effectuant :

une observation à long terme des formations psychopathologiques à la frontière du sain et du pathologique (221).

Il n'existe aucun symptôme franc pouvant permettre de poser le diagnostic de schizophrénie légère, les symptômes de ce trouble, écrit Rosenstein, pouvant « apparaître sous des formes différentes [de la schizophrénie], voire des symptômes qui s'excluent mutuellement de la schizophrénie » (221). Le clinicien initié peut toutefois détecter des « micro-symptômes », qui, intégrés dans un cadre plus large, alertent sur la présence d'un processus pathologique sous-jacent (221). Ces microsymptômes sont variés, mis en évidence par l'observation et des résultats physiologiques et psychologiques qui objectivent une pensée confuse, un retrait du contact. Ces signes sont souvent cachés sous une « dépression, une hypocondrie, des réactions

neurologiques, des bégaiements, des névroses végétatives, de l'alcoolisme » (277). On retrouve chez ces patients une forte proportion d'antécédents traumatiques, psychiques et somatiques (221).

Avec cette innovation clinique, Rosenstein démontre qu'il a parfaitement saisi le sens des critiques du Parti à son endroit quelques années plus tôt et s'attache à étudier des pathologies psychiques spécifiques. Si les patients nouvellement diagnostiqués dans cette catégorie inédite ressemblent aux patients « nerveux », entité désormais interdite, cette fois-ci, les troubles ne forment plus une réaction normale à une situation difficile, mais, à l'inverse, sont une réaction pathologique devant une situation normale. Renversement théorique complet. Désormais, l'origine des troubles ne se trouve plus dans la société, mais est interne au sujet malade (221).

La réussite nosologique de cette nouvelle entité dépasse les frontières de l'*Institut de prophylaxie neuropsychiatrique* : elle convertit un grand nombre de psychiatres soviétiques. De 1932 à 1936, de nombreux cas de schizophrénie légère sont diagnostiqués, tandis que plusieurs études se penchent sur la question.

Lev M. Rosenstein décède en 1934 ; ses disciples font son éloge pour son apport à la clinique, l'hygiène mentale et la psychopathologie.

2. Controverses autour de la schizophrénie et origines du concept de schizophrénie latente en Union soviétique

a) Autres recherches sur les formes mineures de la schizophrénie

De la prise du pouvoir par les *bolcheviks* aux années 1930, les psychiatres soviétiques se sont principalement intéressés aux formes limites de la schizophrénie dans un contexte politique favorable. « Les psychiatres, écrit Benjamin Zajicek, pourraient ainsi enorgueillir idéologiquement d'aider à jeter les bases de la future civilisation socialiste en sortant leur expertise des asiles et des hôpitaux pour la mettre au service des communautés et des lieux de travail [...]. Cet accent mis sur les symptômes précoces a également eu un attrait professionnel parce qu'il a fourni un nouveau matériel clinique » (277).

Durant les années 1920-1930, les psychiatres théorisent deux grands concepts de formes limites de la schizophrénie : comme vu précédemment, la schizophrénie légère, forme à part et non

processuelle, et la schizophrénie latente, qui tente de définir le développement symptomatologique afin de déterminer les sous-types de la schizophrénie.

Cette schizophrénie léthargique sera plus tard, à partir des années 1960, réutilisée pour des motifs répressifs, mais à l'origine du concept, est pensée, paradoxalement, pour lutter contre les abus et a permis de sortir la psychiatrie soviétique de la crise conceptuelle des années 1930 (277).

Rosenstein et ses équipes ne sont en effet pas les seuls à s'intéresser aux patients habituellement non examinés par des psychiatres hospitaliers. Deux équipes moscovites, l'une sous la direction de P. G. Gannushkin, l'autre sous V. A. Giliarovski, mènent des recherches similaires, parfois en collaboration avec l'*Institut de prophylaxie neuropsychiatrique* de Rosenstein, parfois indépendamment (277).

Giliarovski et ses équipes effectuent des recherches similaires, étudiant des patients à la clinique à la frontière entre troubles névrotiques et schizophrénies. Ces patients, qui ne souffrent ni d'hallucinations, ni de délires ou de troubles du cours de la pensée, présentent des symptômes tels des obsessions, des sautes d'humeur, des crises d'hystérie. On retrouve dans leur hérédité des antécédents de schizophrénie et les chercheurs relatent avoir mis en évidence des signes physiques typiques de cette hérédité chargée (forme du crâne et des oreilles). Leurs comportements sont « généralement corrects », mais parfois répétitifs et monotones, « à la limite de la stéréotypie » ; ces sujets ont pu se révéler hostiles, paresseux, introvertis et peu motivés (277). Ces psychiatres concluent que, bien que ces tableaux cliniques semblent proches de la neurasthénie, des troubles obsessionnels ou de l'hystérie, en réalité :

l'autisme, la fadeur émotionnelle, la méfiance, le négativisme caché [...] ne peuvent être attribués qu'à la schizophrénie. [...]. Même dans les cas où les symptômes ne sont pas clairement exprimés, leur caractère schizophrénique est mis en évidence dans l'histoire médicale, l'évolution de la maladie et les antécédents héréditaires (277).

Si les conclusions de ces deux groupes de psychiatres semblent proches des travaux de Rosenstein, il n'est pas indiqué que sont mises à jour de nouvelles catégories diagnostic ; selon eux, ces patients sont au premier stade d'une maladie schizophrénique, et peuvent répondre aux critères bleuleriens de la schizophrénie latente où à des cas dans lesquels le processus de la maladie s'était arrêté (277).

Le groupe de Petr Gannushkin s'intéresse aux patients ayant initialement reçu un diagnostic de trouble psychogène (*psikhogenii*), mais dont l'apathie et l'introversion peuvent faire suspecter l'existence d'une schizophrénie sous-jacente. Oleg Kerbikov, collaborateur de Gannushkin, écrit dans un article (1933) – et avec une terminologie qui connaîtra une funeste notoriété en U.R.S.S. -, le cas d'une patiente « schizophrène sans symptômes schizophréniques » (277). Ce patient a fait preuve :

d'accessibilité, d'émotivité, de naturel, d'absence de paradoxe, d'autisme ou de dissociation (*rassheolennost*) [mais aussi] sans aucun doute [...] d'une détérioration de la mémoire [...], un déclin de la capacité à travailler jusqu'à incapacité complète, déclin du niveau intellectuel, maux de tête persistants, insomnie persistante (277).

Kerbikov conclut à un diagnostic de schizophrénie qui, bien qu'à peine détectable cliniquement, est clairement identifiable.

Un autre axe d'étude sur la question des formes limites de la schizophrénie est abordé en Russie par Petr B. Gannushkin. En 1914 il publie un essai, *Réflexion sur la question de la constitution schizophrène*, dans lequel il étudie les personnalités schizoïdes (277) - terme proposé par Bleuler pour décrire la tendance non pathologique à l'introversion, à l'intériorisation des affects et à l'isolement (294) -, véritable « constitution schizophrénique », qui prédispose les sujets à un type de réaction à la maladie. Ernst Kretschmer propose un travail similaire en 1921 dans son *Physique et caractère* ; traduit en russe en 1924, cet ouvrage popularise le concept de personnalité schizoïde en U.R.S.S. (277). Gannushkin, dans ses études menées au cours des années 1920, limite l'utilisation du terme schizoïde à un sous-groupe de sujets qui présentaient un caractère singulier et anormal, sans pourtant souffrir d'une pathologie évolutive. Ces individus sont introvertis, peu interactifs, se caractérisant par une pauvreté émotionnelle malgré leur conservation intellectuelle. Gannushkin et d'autres psychiatres mettent en évidence la tendance qu'ont les schizoïdes à être sujets à de brefs épisodes psychotiques, souvent provoqués par des traumatismes, tant psychique que physique (277).

N. P. Brukhanski, professeur à l'université de Smolensk, publie une série de livres sur la « crise de la théorie de la psychopathie » ; critiquant toute la tradition nosologique héritée depuis

Kraepelin, il écrit (1934) que :

les unités nosologiques elles-mêmes s'avèrent souvent disparates et artificielles, constituées d'ingrédients qualitativement différents. Ces problèmes sont particulièrement clairs dans la théorie de la schizophrénie (277).

Son équipe établit une différence entre le processus dégénératif de la pathologie – qu'ils nomment « processus-psychose » - et la schizophrénie elle-même, qui est un trouble affectant la structure et le développement de la personnalité, et sous cette influence, l'hôpital de Smolensk utilise ces catégories (277).

Une autre forme de critique est apportée par des psychiatres qui écartent la description clinique au profit de l'étude du rôle de l'hérédité. Tikhon Iudin de l'Université de Kazan indique avoir découvert dans ses recherches que les patients schizophrènes naissent au sein de familles présentant un grand nombre d'individus présentant des « traits schizoïdes » (277). La question de l'hérédité divise les psychiatres : si la plupart reconnaissent l'importance de la transmission familiale, la considère individuellement insuffisante pour initier le développement pathologique ; un événement traumatique est nécessaire (Giliarovski, 1928) (277).

Les théories de l'étiologie endocrinienne de la schizophrénie connaissent des adeptes en Russie ; des recherches sur le rôle des hormones, comme l'adrénaline, sont menées à Moscou et Leningrad, entre les années 1920 et 1930. On mesure les taux hormonaux des patients schizophrènes, pratique l'autopsie des glandes surrénales, etc. Viktor P. Ossipov est le plus ardent défenseur de cette approche ; pour lui la schizophrénie est un « dysfonctionnement hormonal pluri-glandulaire » (277).

Le concept de schizophrénie en U.R.S.S., au centre des discussions, divise ainsi les psychiatres. Devant ces divers travaux théoriques qui rythment la vie de la psychiatrie soviétique, certains praticiens marquent leur désaccord avec le concept de névrose schizoïde, critiquant l'extension trop large que prend le concept de schizophrénie. Ainsi, regrette Kannabikh (1934) :

Toutes les autres unités nosologiques (amentia, paranoïa, neurasthénie) ont subi ou subissent encore leurs frontières et un affinement de leurs symptômes spécifiques. Seule la schizophrénie croît sans cesse (277).

Certains psychiatres refusent même le diagnostic de schizophrénie, jugé trop large, recouvrant un ensemble de pathologies distinctes, tandis que d'autres affirment la continuité entre schizophrénie et schizoïdie.

b) La schizophrénie léthargique

C'est dans ce contexte confus que Grounia I. Soukhareva apporte une contribution qui sera décisive en publiant ses travaux sur la schizophrénie léthargique (277). Considérant que son diagnostic de psychopathie schizoïde chez l'enfant « présente [pour le clinicien] de grandes difficultés à le séparer de la schizophrénie » (277), elle se lance dans de nouvelles recherches (1933), essayant d'établir la distinction entre la « psychopathie schizoïde dans l'enfance » et la « schizophrénie infantile » (277).

L'étude clinique de la schizophrénie chez l'enfant pose, chez l'enfant, des difficultés propres ; chez les jeunes enfants dont s'occupe Soukhareva, les signes cliniques de la pathologie ne s'expriment pas. Elle remarque cependant que chez certains jeunes patients, le processus de la pathologie se développe d'une manière originale et que le concept schizophrénie simple n'est pas suffisant pour appréhender cette symptomatologie.

Les symptômes secondaires décrits par Bleuler, mais également l'évolution des troubles rapportés par Kraepelin, ne sont pas compétents pour comparer et décrire les troubles chez l'enfant. Soukhareva propose de mesurer et de suivre l'intensité de l'apparition des symptômes et le rythme de leurs développements (277). Selon elle, cette méthode autorise « à se rapprocher de l'essence biologique du processus de la maladie » (277).

À partir de cette méthode, Soukhareva relate pouvoir différencier deux grands groupes de malades au sein de sa cohorte de 107 patients. Dans le premier groupe, elle décrit des enfants présentant une évolution lente et progressive de la schizophrénie de la pathologie à partir de la puberté. Ces malades ne réussissent pas à se socialiser avec les enfants, sont sensibles et maladroits. L'hérédité est chargée, provenant souvent de familles ayant des antécédents de schizophrénie ou de troubles schizoïdes. Soukhareva qualifie cette forme de « schizophrénie léthargique » (*vialo tekushchaia*) (277).

Les patients du second groupe se caractérisent par un début des troubles plus tardifs, sans prodromes et par poussées, entrecoupés de périodes de rétablissement apparent. Soukhareva qualifie cette forme de « schizophrénie rapide » (*ostro tekushchaia*) et fait l'hypothèse que cette forme se produit lorsque un facteur externe, traumatique ou infectieux, vient affecter un enfant prédisposé, tandis que la forme léthargique est secondaire à des facteurs héréditaires (277).

3. Première reprise en main de la psychiatrie soviétique

a) *Prédominance du politique*

Les années 1930 sont, pour reprendre les propos de l'historien Nicolas Werth, une décennie décisive (295). L'abandon de l'expérience de la *Nouvelle économie politique* (N.E.P.) en 1929 et la "Grande rupture" stalinienne marquent le début de la reprise en main du pouvoir politique sur la société civile et la volonté de transformer rapidement l'U.R.S.S. en une superpuissance industrielle.

La médecine soviétique va faire les frais de cette réorganisation : se détournant de l'hygiène mentale et de la prévention, la médecine doit adopter une approche plus directe de la pathologie. Dès lors, tenter de rapprocher social et médecine, effort des psychiatres de la décennie précédente, est sévèrement condamné : "biologiser" (*biologizirovat*) la question sociale c'est faire le jeu de "l'idéalisme menchévisant" (277). La psychanalyse, comme nous le verrons, pourtant promue dans les premiers temps de la révolution, est condamnée comme science trotsko-bourgeoise (22) ; la paidologie est à son tour dénoncée, principalement pour son utilisation de tests d'intelligence. Le courant eugéniste soviétique, périclité en 1932, avant de disparaître en 1937 (277). Comme le résume l'historien M. B. Adams, « l'avenir utopique varié des années 1920, qui devait être réalisé par des experts, avait cédé la place à une vision plus conservatrice de l'avenir soviétique, qui devait être formulée et appliquée par des responsables politiques » (277).

Les psychiatres soviétiques sont attaqués pour leur implication dans les questions limites de la pathologie mentale. Les membres du Parti critiquent la continuité proposée par les médecins entre "type schizoïde", schizoïdie et schizophrénie et la tendance à "biologiser" les variations normales de la personnalité. Le pouvoir circonscrit le savoir psychiatrique aux troubles psychiatriques manifestes (277). Si une telle réorientation des pratiques est secondaire à des raisons purement pragmatiques -dans le contexte de grande pauvreté et d'industrialisation croissante, il est logique que les ressources soient affectées aux troubles psychiatriques graves-, une raison d'ordre purement idéologique est également à l'œuvre (277). Affirmer que les pathologies névrotiques et limites sont répandues, voir même sont à la hausse, dans la population générale, c'est considérer que le socialisme n'améliore pas l'état psychique des citoyens soviétiques. Un tel constat devient plus intenable encore à partir de 1934, date à laquelle Staline affirme que les bases du socialisme sont mises en place et que l'ère de la lutte des classes est terminée en U.R.S.S. (277).

b) *Borner le domaine de la psychiatrie*

Si Lev Rosenstein est la cible de critiques dès les années 1930, c'est à partir de 1935 qu'un grand nombre d'articles paraissent dans la presse spécialisée afin de dénoncer son concept de schizophrénie légère (277).

Devant l'extension de ce diagnostic – en 1934, 30,7 % des patients des hôpitaux de Leningrad et 50,8 % des patients des hôpitaux de Moscou reçoivent un diagnostic de schizophrénie (221) – certains psychiatres expriment leurs désaccords. Le concept de schizophrénie légère de Rosenstein inquiète en raison de la généralisation du phénomène qu'elle induit ; comme l'écrit Benjamin Zajicek, « le projet de dispensaire neuropsychiatrie de Rosenstein prévoyait la création d'un vaste réseau d'expert psychiatrique voué à la discipline des habitudes et des corps, à la gestion efficace et à la formation de la santé mentale collective de la population. Son concept de schizophrénie légère pathologise les expressions mineures d'introversion, d'inquiétude, de tristesse et de fatigue. Si sa vision pastorale de la psychiatrie s'était réalisée, l'Union soviétique aurait fini par ressembler aux systèmes psychiatriques décrits par des théoriciens comme Michel Foucault et Nikolas Rose » (277).

On reproche à cette forme clinique son imprécision, source énorme d'erreurs diagnostics, facilitant les abus intentionnels. Victor Ossipov, chef de la psychiatrie de *l'Académie militaire de médecine* de Leningrad, opposant au diagnostic de schizophrénie légère et fervent défenseur de l'étiologie endocrinienne dans les troubles schizophréniques, condamne cette :

schizophrénie sans symptôme schizophrénique. [...]. Nous ne pouvons pas, en toute honnêteté, accepter cette tournure de phrase (221).

Ossipov est le principal opposant au concept de schizophrénie légère, soutenant que Rosenstein a, à tort, élevé l'introversion à l'état pathologique, entraînant *de facto* un surdiagnostic « à la légère » (277). L'imprécision du diagnostic est à l'origine de dérives ; Ossipov dénonce la facilité avec laquelle des fonctionnaires corrompus peuvent abuser de telles pratiques, et donne des exemples de cas de citoyens soviétiques recevant un diagnostic de schizophrénie légère à la suite de conflits avec leurs supérieurs (277). Ossipov propose, pour sortir de cette impasse conceptuelle, d'adopter « un concept de schizophrénie proche du concept de Kraepelin, mais non identique » (277), soulignant l'importance d'étudier le développement de la pathologie et la façon dont les principaux symptômes apparaissent ou disparaissent avec le temps.

À la suite de l'appel d'Ossipov, et « dans ce contexte politique chargé » (277), G. I. Soukhareva intervient, sa conception de la schizophrénie devenant une réponse à celle apportée par Rosenstein et ses équipes. Elle propose une vision unifiée de la schizophrénie, qui, pour reprendre les termes de Benjamin Zajicek, « fournit simultanément un modèle théorique unifié tout en présentant une alternative claire au concept de schizophrénie légère de Rosenstein » (277).

Soukhareva connaît alors une rapide ascension : en 1935, elle est nommée directrice du département pédopsychiatrique de l'*Institut central des études médicales avancées*, et, en 1936, est mandatée pour rédiger une série d'articles en vue de préparer la voie à une discussion officielle sur la question de la schizophrénie (277).

En 1936, le Comité central du P.C. adopte une résolution, - *Sur les déviations pédologiques dans le système des commissariats du peuple à l'Éducation* (287) - qui interdit l'utilisation des tests psychologiques dans l'éducation et qui marque la fin de la psychologie comme discipline universitaire en U.R.S.S. (277). Bien qu'aucune mention concernant l'hygiène mentale et le diagnostic de schizophrénie légère n'ait été faite, les psychiatres soviétiques saisissent l'interdiction faite par le Parti de l'expertise interpersonnel à partir de tests (221). La politisation du débat est définitivement lancée.

Lors du congrès syndical des psychiatres de décembre 1936, l'application du décret sur la paidologie à la question de la schizophrénie est discutée. Ossipov, suivi en cela par d'autres psychiatres, souhaitent utiliser la résolution sur la paidologie pour attaquer la position des partisans de la schizophrénie légère, qu'ils accusent d'être coupables de « la même recherche de symptômes et du même microscopisme » (277) décriés par le Comité central.

Le psychiatre Akim Edelshtein critique la paidologie pour avoir utilisé des tests comme moyen de discrimination entre le normal et le pathologique. La psychiatrie ne doit pas tomber dans de tels travers, et laisser à la société s'occuper d'individus non malades, elle doit uniquement prendre en charge les pathologies mentales avérées. Entre ces deux situations existe une différence non quantitative, mais qualitative, différence que la psychiatrie ne doit pas franchir (221).

Le congrès s'attarde également à la question de la schizophrénie. Cette section est décrite par le président comme « la question la plus mordante et la plus bouleversante du Congrès » (277). Ossipov s'attaque aux participants de la schizophrénie légère, leur reprochant :

leur attitude peu critique envers la littérature étrangère, à partir de Bleuler (277).

D'autres figures d'importance de la psychiatrie, professeurs et autres directeurs d'instituts, viennent épauler Ossipov dans sa critique, et appeler à un retour à une nosologie plus conservatrice, inspirée par Kraepelin (277). On reproche à Rosenstein d'avoir transformé des traits de personnalité atypique en pathologie constituée, utilisant son intuition clinique pour détecter « l'incompréhension », et ainsi pouvoir diagnostiquer des pathologies par-devant leurs manifestations.

Le rôle de la psychiatrie, rappelle Edelshtein, est de tracer une démarcation nette entre les entités biologiques des maladies, et les types constitutionnels et réactionnels ; l'objet de la psychiatrie doit se limiter au premier groupe (277).

Si certains grands noms de la psychiatrie soviétique des années vingt sont décédés avant le congrès (Gannushkin, Rosenstein), certaines figures déçues par le Congrès sont châtiées ; le professeur N. P. Brukhanski est arrêté à la suite du Congrès et envoyé au *Goulag* ; il y décédera en 1944 (277). D'autres, comme Giliarovski, changent leurs méthodes de travail, pour coller à la nouvelle orientation générale de la psychiatrie.

C'est désormais une nouvelle conception de la psychiatrie qui est promue par les manuels de psychiatrie soviétiques. Dans l'édition de 1946 de leur manuel, Gurevich et Sereiskii définissent la schizophrénie comme un :

trouble formel du psychisme [conduisant] à une dégénération qualitative de toute la personnalité (277).

Comme le résume Benjamin Zajicek, l'approche statistique des qualités humaines, et l'approche phénoménologique de Rosenstein, les « deux principaux modes de connaissances spécialisés utilisés par les psychiatres et les hygiénistes mentaux dans les années 1923 et 1930 ont été répudiés » (221). Dans l'Union soviétique des années 1930 cette approche statistique psychométrique va à l'encontre de la manière dont le Parti considère la normalité. « Dans le contexte du stalinisme, écrit Zajicek, les populations étaient classées en fonction de leur relation au régime et non en fonction de leurs capacités physiologiques. Les personnes souffrant d'"anomalies" physiques pourraient être cédées à la juridiction des psychiatres ; "l'organisation de l'environnement concret, l'organisation de la production, du travail et de la vie quotidienne"

ne le pourraient pas. [...] Le concept de "schizophrénie légère" avait été développé comme un moyen pour les psychiatres de conserver leur compétence professionnelle sur les problèmes quotidiens tout en se limitant à la "maladie" au sens étroit. À court terme, cela a échoué ; le régime stalinien a jalousement gardé les limites de son propre contrôle. À long terme, le concept a fourni un outil qui a été repris par les psychiatres soviétiques dans les années 1950 et 1960. Le fait que le régime de l'après-Staline ait trouvé utile de "dépolitiser" la dissidence en l'épinglant comme une maladie met en évidence une des différences entre le régime stalinien et le régime qui a suivi » (221).

D. La psychiatrie pavlovienne (1930-1951)

1. Ivan Petrovitch Pavlov et l'activité nerveuse supérieure

a) Les recherches du jeune Pavlov

Ivan Petrovitch Pavlov (1849-1936) est le plus grand représentant de la physiologie russe. Nourri des théories évolutionnistes de Charles Darwin, de la méthode expérimentale de Claude Bernard et par le matérialisme de D. Pissarev, le jeune Pavlov quitte le séminaire en 1869 pour se lancer dans des études d'anatomies et de physiologie (296). Obtenant son diplôme de médecine dix ans plus tard, le début de carrière est laborieux jusqu'à son élection en 1890 à l'*Académie de médecine militaire* et sa nomination à l'*Institut impérial de médecine expérimentale* en 1891 (296).

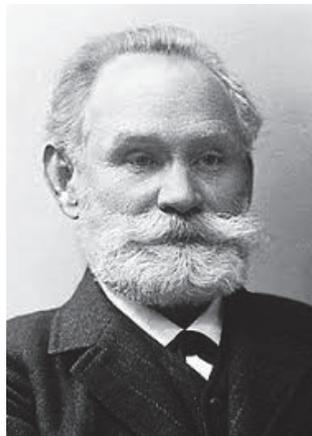


Figure 36 : Ivan Petrovitch Pavlov (1849-1936)

Axant son travail sur la recherche autour de la physiologie "normale", il s'intéresse initialement à la digestion, étudiant *in vivo* la régulation nerveuse des fonctions physiologiques. Inspiré par les travaux de Sechenov il reconnaît à son aîné l'importance de ses travaux dans la recherche neurophysiologique :

La création d'une théorie des réflexes du cerveau par Sechneov m'apparaît comme un élan génial de la pensée scientifique russe ; l'extension de l'idée de réflexe à l'activité du segment supérieur du système nerveux est la proclamation et la réalisation du grand principe de la causalité à la limite suprême des manifestations de la nature vivante (297).

Quelle force de pensée fallait-il avoir à l'époque, avec le bagage physiologique d'alors sur l'activité nerveuse, pour donner le jour à une telle idée ! Une fois née, cette idée grandit, mûrit et devient le levier qui dirigera l'énorme travail accompli pour l'étude du cerveau (298)(229).

Réalisant des expériences sur des chiens, il bâtit un des premiers modèles expérimentaux étudiant l'apprentissage : il établit qu'un stimulus neutre peut obtenir la capacité d'évoquer une réponse spécifique en réponse à un appariement répété avec un autre stimulus, qui lui évoque la réponse ; Pavlov décrit ainsi le concept de réflexe conditionné (298). Publiant une synthèse de ses travaux en 1897, *Leçons sur le travail des principales glandes digestives*, le savant connaît enfin la reconnaissance de la profession. En 1904 le prix Nobel de physiologie et de médecine lui est décerné ; Pavlov devient le premier physiologiste, mais également le premier russe, à être récompensé par l'Académie royale de Suède.

b) L'activité nerveuse supérieure selon Pavlov

À la suite de la reconnaissance internationale, Pavlov s'intéresse aux questions de l'activité du système nerveux supérieur ; pour l'étudier, le savant se penche sur la notion de réflexe comme forme fondamentale de liaison entre milieux environnants et organismes. Ce premier niveau réflexologique constitue ce qu'il appelle les réflexes *inconditionnels* ou *absolus* : ils relient l'organisme animal au milieu ambiant et autorisent la mise en place de réactions adaptées aux

modifications environnementales. Une excitation externe est ainsi intégrée par l'organisme au travers de ces réflexes.

Chez les formes de vie évoluées, ces réflexes inconditionnels ne suffisent pas à rendre la complexité de l'interface milieu/organisme : au cours de l'évolution, les animaux ont adopté un nouveau type de réflexe, les réflexes *conditionnels/conditionnés*, qui interviennent en réponses, non à des excitations, mais à des *signaux* annonçant ces excitations. Ces réflexes conditionnels se réalisent par deux types de processus nerveux : l'excitation et l'inhibition, processus liés et complémentaires.

Pour Pavlov, l'excitation est le processus actif de la réalisation des réflexes conditionnels tandis que l'inhibition, processus actif également, affaiblit et retient l'excitation (17). Toutes les parties du système nerveux possèdent, au sein de l'écorce cérébrale, une "représentation corticale". Ainsi, comme le résume Rokhline, « si un excitant conditionnel, par exemple un son ou une lumière, agit en même temps, le centre correspondant de l'écorce (auditive ou visuel) est également excité. De cette façon, deux foyers d'excitation sont créés à la fois dans l'écorce cérébrale et une liaison provisoire s'institue entre eux (la règle de la commutation nerveuse ou de l'association). La loi fondamentale de l'activité nerveuse supérieure des grands hémisphères cérébraux est celle de la formation de liaisons temporaires » (17). Comme l'écrit Pavlov :

La liaison nerveuse temporaire est un phénomène physiologique universel dans le monde animal et dans la vie humaine. C'est en même temps un phénomène psychique, ce que les psychologues appellent une association, que ce soit la formation de combinaisons d'actions, d'impressions ou de lettres, de mots, de pensées. Quelle raison aurions-nous de distinguer, de séparer l'un de l'autre ce que le physiologiste appelle une liaison temporaire et le psychologue une association ? Nous sommes en présence d'une fusion complète, d'une absorption totale de l'un par l'autre, d'une identité complète (297).

« Une fois formé, conclut L. Rokhline, sous l'influence d'un excitant quelconque, dans certains points de l'écorce, chacun [de ces processus d'excitation et d'inhibition] se propage (irradie) dans le cortex et pénètre dans le cerveau à une profondeur plus ou moins grande, pour se reconcentrer dans les mêmes points (règles de *l'irradiation* et de la *concentration*). Dans

certaines conditions déterminées, chacun de ces processus suscite l'apparition du processus opposé : l'excitation se trouve remplacée par l'inhibition et vice versa (règle de l'induction réciproque) » (17).

Dans la théorie pavlovienne, l'importance des réflexes conditionnels est centrale : ils autorisent une adaptation efficace aux conditions changeantes du milieu.

Pavlov complète sa théorie en étudiant la spécificité humaine : si l'activité réflexe conditionnelle animale est une activité signalisatrice, permettant de percevoir en tant que signaux des excitations du monde extérieur non intégrés par l'activité réflexe inconditionnelle, Pavlov souligne que, chez l'animal, ces excitations extérieures ne peuvent être provoquées que par des objets et des phénomènes réels, agissant sur les sens et autres récepteurs nerveux. Chez l'homme, à travers l'évolution, ces signaux extérieurs peuvent s'émanciper de leur caractère matériel : le langage permet à l'homme de percevoir la parole comme un signal conditionnel en lieu et place des objets ou phénomènes que cette parole désigne.

Le scientifique propose alors sa théorie des deux systèmes (*signal'nye sistemy*) (296), censée théoriser le fonctionnement psychique dans son ensemble : le premier système, commun à l'homme et à l'animal, se trouve être activé par des stimulations physiques externes :

Chez l'animal, la réalité est signalée presque exclusivement par des excitations et leurs traces dans les grands hémisphères, conduits directement dans les cellules spéciales des récepteurs visuels, auditifs et autres de l'organisme. C'est ce qui, chez nous, correspond aux impressions, aux sensations et aux représentations du milieu extérieur [...] (93).

Le second système (299), propre à l'homme, est centré autour de la question du langage, « signal des premiers signaux » selon ses termes.

À la phase humaine de l'évolution du monde animal, un appoint considérable s'est ajouté aux mécanismes de l'activité nerveuse. Chez l'animal, la réalité est signalée presque exclusivement par des excitations et leurs traces dans les grands hémisphères, conduites directement dans les cellules spéciales des récepteurs visuels, auditifs et autres de l'organisme. C'est ce qui, chez nous, correspond aux impressions, aux sensations et aux

représentations du milieu extérieur en tant que qu'ambiance naturelle et sociale, exception faite du mot entendu et vu. C'est le premier système de signalisation de la réalité, système qui nous est commun avec les animaux. Mais le langage constitue notre second système de signalisation de la réalité, spécialement nôtre, et qui est le signal des premiers signaux (17).

C'est là qu'à l'aide de la liaison temporaire, de l'association, un nouveau principe d'activité fait son apparition : la signalisation d'un nombre restreint d'agents, constamment soumis à l'analyse et à la synthèse et assurant de très grandes facultés d'orientation dans le milieu environnant et une adaptabilité d'autant plus grande. C'est ce qui constitue le seul système de signalisation dans l'organisme animal et le premier système chez l'homme (93).

Chez l'homme, le second système de signalisation vient se superposer au premier ; l'homme n'a dès lors plus accès directement aux signaux du premier système, mais passe par la médiation du langage :

Le langage constitue notre second système de signalisation de la réalité, spécialement nôtre, et qui est le signal des premiers signaux (93).

De cette façon, un nouveau principe d'activité nerveuse fait son apparition, l'abstraction et la généralisation des signaux innombrables du premier système, de même que l'analyse et la synthèse de ces nouveaux signaux généralisés, principe qui conditionne une orientation illimitée dans le monde extérieur et crée l'adaptation humaine suprême : la science, soit sous la forme de l'empirisme humain universel, soit sous une forme spécialisée (93).

Le psychisme humain est donc, pour Pavlov, modulé par l'interaction de ces deux systèmes, stimulus et langage.

Nous [avons] acquis à la toute-puissance des recherches

physiologiques, au lieu d'un organisme morcelé, l'organisme animal indivisible et entier (300).

Si Pavlov souhaite démontrer la possibilité – et l'importance - d'étudier l'activité nerveuse supérieure du point de vue physiologique, il ne nie toutefois pas les intérêts de l'étude psychique des phénomènes d'origines physiologiques ainsi que les apports de la psychologie, qu'il regarde comme une science subjective mais utile. Comme l'écrit le professeur E. Popov, membre de l'Académie, « Pavlov n'a jamais cessé de signaler l'avantage de l'étude physiologique objective de l'activité nerveuse supérieure (psychique). Il indiquait que la désignation psychologique du phénomène revêt avant tout un caractère descriptif, tandis que l'explication véritable doit se baser sur la compréhension physiologique » (297).

Autrefois, j'ai dit des choses violentes à propos de la psychologie et j'évitais toutes les expressions psychologiques, etc. C'était pour une bonne part une sorte d'emballlement. Par la suite je me suis résigné. [...]. Ce serait de la sottise que de nier l'existence du monde subjectif. Il va de soi qu'il existe. La psychologie, en tant que formulation de notre monde subjectif, est parfaitement légitime et il serait absurde de le contester. [...]. Il s'agit d'analyser le monde subjectif. Bien sûr, l'analyse psychologique doit être reconnue comme insuffisante, en raison des milliers d'efforts infructueux auxquels elle s'est livrée pour étudier et pour analyser le système nerveux supérieur. Mais la psychologie, comme l'étude de reflet de la réalité, comme le monde subjectif, enfermé d'une certaine façon dans des formules générales, est évidemment nécessaire. Grâce à la psychologie, je peux me représenter la complexité d'un état subjectif donné. [...]. C'est par là qu'il faut commencer ; ensuite, après s'être imaginé et représenté cette réalité subjective, il faut l'aborder d'une manière analytique, peut-être même à l'aide d'une analyse insuffisamment physiologique » (93).

La Révolution vient bouleverser la vie du savant. Pavlov, horrifié par la victoire *bolchevik* de 1917, pense dans un premier temps que la Révolution n'a pas d'avenir. Se rendant compte de son erreur, il pense sérieusement à émigrer ; Lénine, ne pouvant accepter la perte d'un

scientifique de cette valeur, intervient alors directement auprès de Pavlov. Le savant se voit proposer des conditions de travail exceptionnelles : « Oui, dira-t-il plus tard, il faut reconnaître une chose à nos barbares : ils comprennent la valeur de la science » (296). S'il poursuit sa carrière en Union soviétique, il continue à critiquer ouvertement le régime jusqu'aux débuts des années 1930 (296). À l'âge de 86 ans, il préside en 1935 le *XV^e Congrès international des sciences physiologiques* qui se tient à Leningrad et Moscou (301). Il décède en février 1936 d'une pneumonie (302).

2. Pavlov et la psychiatrie

a) *L'intérêt pour la psychiatrie*

La question de l'étiologie de la schizophrénie est centrale au sein de l'école psychiatrique soviétique.

À partir des années 1880, on regarde la pathologie mentale comme une maladie neurodégénérative d'origine héréditaire modulée par les influences du milieu, les psychiatres du début du siècle s'interrogent sur l'influence des caractères exogènes dans la survenue de la pathologie chez des individus sains sans hérédité chargée (102).

La recherche s'axe autour de la question du déclenchement de la schizophrénie : est-elle une pathologie strictement interne ou bien est-elle présente en latence, présente mais invisible, se déclarant franchement après l'intervention d'un facteur extérieur ?

L'étude du déclenchement de la maladie divise également les psychiatres russes : une partie d'entre eux se prononcent pour une lésion anatomique cérébrale, avouant toutefois la difficulté à localiser les lésions, les autres prétendent que la schizophrénie est la résultante de dysfonctionnements extracérébraux, d'origine infectieuse, toxicologique ou, à la suite des théories de Kraepelin, endocrinienne (102).

À partir des années 1930, la psychiatrie russe puise largement dans le travail d'Ivan P. Pavlov, qui s'intéresse à l'étude de la schizophrénie dans la continuité de ses travaux sur l'activité nerveuse supérieure. Sa vision matérialiste du psychisme, en accord avec le dogme communiste régnant, va profondément marquer les recherches et les pratiques de la psychiatrie soviétique.

Cette activité réelle des grands hémisphères et de la région subcorticale sous-jacente [...] activité qui assure les relations

normales les plus complexes de l'organisme entier avec son ambiance, doit à bon droit être considérée comme l'activité nerveuse supérieure de l'animal et être désignée sous ce terme, au lieu du mot « psychisme » dont elle était qualifiée jusqu'alors (93).

En 1918, Pavlov effectue plusieurs visites à l'hôpital psychiatrique d'Oudielnaïa près de Leningrad, visites qui lui permettent de constater « de magnifiques démonstrations de points déjà élucidés par la physiologie » (303). Fruit de ses observations, il publie un premier article, *La psychiatrie, auxiliaire de la physiologie des grands hémisphères* (93), dans lequel il effectue une analyse physiologique de la catatonie schizophrénique, qui consiste, selon lui, en :

la suppression de l'activité des grands hémisphères. Mais il est clair qu'il ne s'agit chez [les schizophrènes catatoniques] que de la suppression de l'activité de la zone corticale motrice, étant donné que nos malades, bien qu'impuissants à effectuer des mouvements volontaires, ou entravés à l'extrême dans leur accomplissement, sont capables, comme ils l'avouent eux-mêmes et le manifestent, de bien comprendre ce qu'on leur dit, qu'ils se rappellent tout et ont conscience de leur situation, c'est-à-dire que le fonctionnement des autres parties de leurs grands hémisphères est satisfaisant.

Une rétention si nettement isolée de la zone corticale motrice est constatée également dans d'autres états propres à l'homme et aux animaux. Un sujet hypnotisé à un certain degré peut parfaitement comprendre vos paroles, se les rappeler, vouloir faire quelque chose en rapport avec la conversation, mais il n'a pas de pouvoir sur sa musculature squelettique et reste dans la posture que vous lui avez imprimée, bien qu'elle soit inconfortable et désagréable. Il s'agit, de toute évidence, d'une rétention isolée de la région motrice corticale, rétention qui ne s'étend ni aux autres régions des hémisphères ni aux niveaux inférieurs du cerveau. [...].

Nous sommes donc autorisés à reconnaître, chez les malades considérés, que la rétention concentrée et isolée de la région corticale motrice est une des suites du facteur pathogène (93).

b) *L'inhibition protectrice*

Une décennie plus tard (1929), Pavlov reprend ses observations autour de la pathologie mentale et effectue des visites régulières à la clinique psychiatrique Balinsky de Moscou (303) : il examine des patients schizophrènes et leur fait passer des tests physiologiques. Pavlov publie un nouvel article entièrement consacré à la question de la schizophrénie, *Essai de digression d'un physiologiste dans le domaine de la psychiatrie* (93), et fournit un exposé synthétique de ses conceptions physiopathologiques sur la question. Ainsi, pour Pavlov, les *signes négatifs* que l'on retrouve dans la schizophrénie (il cite l'apathie, la torpeur, le négativisme, les stéréotypies, l'échopraxie et l'écholalie et la catatonie) sont de nature identique aux phénomènes hypnotiques, et, par là, reproductible expérimentalement sur des animaux ou des sujets d'étude. Si ces phénomènes proches des états hypnotiques sont à l'origine des troubles, ils forment en réalité une inhibition physiologique protectrice :

C'est à peine si l'on peut se douter, après notre exposé, que, dans certaines de ses phases et de ses variations, la schizophrénie soit réellement une hypnose chronique. [...] Il est clair que la raison essentielle d'une hypnose de ce genre est la débilité du système nerveux, plus spécialement la faiblesse des cellules corticales. Cette faiblesse a, à son origine, les causes les plus diverses : héréditaires ou acquises. [...] Il est tout naturel qu'un tel système nerveux s'épuise après une excitation au-dessus de ses forces, quand il entre en contact avec des difficultés, surtout à l'âge critique sous le rapport physiologique ou social. Or, l'épuisement est un des facteurs physiologiques principaux de l'apparition d'un processus protecteur, l'inhibition. D'où l'hypnose chronique, qui est une inhibition dont les degrés d'extension et d'intensité sont variables. Aussi, cet état est-il pathologique d'une part, étant donné qu'il prive le patient de son activité normale ; d'autre part, le mécanisme même qui le déclenche le fait rester dans les limites de la physiologie, c'est une mesure physiologique, car elle protège les cellules corticales contre la menace d'usure, causée par un travail au-dessus de leurs forces (93).

Cette particularité inhibitrice de la symptomatologie négative de la schizophrénie explique le

possible retour à une normalité physiologique une fois l'inhibition levée. Toutefois, selon Pavlov, la schizophrénie n'est pas *stricto sensu* un état d'hypnose chronique ; la schizophrénie aboutie à la destruction du système nerveux, contrairement à l'hypnose, qui, en définitive, n'est qu'une phase de la pathologie (303).

Considérant que le cortex cérébral des patients se trouve en état d'inhibition protectrice à différents stades d'hypnose, Pavlov souligne que des excitations d'intensité ordinaire peuvent suffire à provoquer ou majorer l'inhibition.

L'expression symptomatique se déclare par l'apparition d'îlots fonctionnels morbides ; à mesure qu'augmente le nombre de ces lésions corticales morbides, « la désagrégation de l'écorce doit empirer, ainsi que la dissociation de son fonctionnement » (303). Pour le professeur de psychiatrie L. Rokhine, cette fonction clef de l'inhibition dans la pathologie mentale est le garent de « l'unité du physiologique et du pathologique » (303) de la théorie de Pavlov.

c) Physiopathologie pavlovienne de la schizophrénie

Pavlov étudie également la question du délire schizophrénique : le délire est directement lié à une lésion fonctionnelle située au niveau cortical. Ainsi, écrit Pavlov :

Dans la paranoïa, vous avez une lésion d'un îlot déterminé qui peut ne pas être étendu, mais dans la schizophrénie, c'est une altération massive, grossière, qui saute aux yeux du microbiologiste ou de l'histologiste. [...] Il existe vraiment ici une chaîne impossible à rompre, depuis le mal fonctionnel le plus léger, jusqu'à la destruction complète et en masse des cellules corticales (303).

À partir de ses travaux réflexologiques, Pavlov élabore une théorie physiopathologique de la maladie mentale. Il souligne que chez nombre de patients schizophrènes, on observe que les idées délirantes font ressortir nettement le contraste entre les représentations du réel et les désirs du patient : pour Pavlov, les malades transfèrent leur défaillance interne sur le monde extérieur. Comme l'écrit L. Rokhine, « le raisonnement du malade est déterminé par son activité nerveuse supérieure, altérée par une maladie et en pleine phase ultra-paradoxe. Les excitants fort réels, fait de la réalité [...] n'ont pas la répercussion correspondante dans son esprit. L'activité

cérébrale devant provoquer des idées justes [...] n'est pas entrée en excitation. Les excitations plus faibles qui suscitent les idées contraires, incorrectes [...], au contraire [...] ont acquis une très grande force. Le résultat en est cette idée fausse, délirante, tenace. [...]. La ténacité et la force des idées délirantes n'expliquent pas l'inertie anormale, exagérée, de l'excitation en un îlot pathologique du cerveau en rapport avec ces idées. Une inhibition diffuse assez forte se forme autour de ce foyer d'excitation intense. C'est ce qui arrête l'activité cérébrale à laquelle auraient pu se rattacher des représentations opposées et correctes, et ce qui fait que l'îlot cérébral à l'inertie accrue se trouve isolé de la partie saine du cerveau. Ainsi, s'explique l'acharnement du malade à répéter ses idées délirantes, son manque de critique vis-à-vis de ses divagations, et le fait qu'il est absolument impossible de l'en dissuader » (17).

Dans le délire, pense Pavlov, l'excitation possède une force et une concentration importante, entraînant de ce fait une inhibition intense autour de l'îlot pathologique ; cette inhibition bloque l'activité cérébrale qui, dans des conditions physiologiques normales, aurait pu produire des représentations justes, par-là opposées aux idées délirantes stimulées par le phénomène d'excitation. « La pensée juste, l'affirmation positive sont bloquées ; la pensée opposée, qui est fausse, n'est pas exclue par opposition ; au contraire, elle se met à prévaloir dans le raisonnement, de façon que ce qui devrait être stimulé se trouve inhibé, tandis que ce qui devrait être retenu est stimulé. Or, c'est justement la forme de réaction cérébrale typique pour la présence d'une phase hypnotique ultraparadoxe.

C'est dans la phase ultraparadoxe que Pavlov voit le mécanisme physiologique du délire d'inversion, de même que pour les autres formes du délire paranoïaque, d'ailleurs. D'après Pavlov le même mécanisme physiologique est à la base d'un trouble de la pensée, essentiel chez les schizophrènes : l'ambivalence. Il s'agit également ici d'une perturbation de la catégorie des contraires, condition nécessaire de la pensée chez une personne saine. L'existence simultanée de deux pensées contraires s'excluant l'un l'autre, ou leur oscillation alternative dans le même jugement, caractérisant l'ambivalence de la pensée des schizophrènes, peuvent être comprise si l'on prend en considération la réactivité ultraparadoxe et l'induction réciproque des points fonctionnels du cerveau auxquels se rattachent les idées contraires » (303). Ainsi pour Pavlov :

[...] les cellules nerveuses, au lieu de donner, comme dans la norme (dans certaines limites), des effets proportionnels à l'intensité des excitants, se mettent à produire, quand elles sont dans des états de rétention différente, des effets tout égaux entre

eux, ou inversement proportionnels à l'intensité de l'excitation, ou même d'un sens opposé au caractère de l'excitant. Ceci veut dire que les excitants inhibant produisent un effet positif, alors que les excitants positifs ont un effet négatif. Je me permets d'émettre la supposition suivant laquelle cette phase ultraparadoxale est cause de l'affaiblissement de la notion des contraires chez nos malades. [...] Il est facile de voir que l'explication donnée s'étend tout naturellement au symptôme singulier des schizophrènes, l'ambivalence, surgissant dans un état ultraparadoxal profond, ayant reçu une extension exagérée (93).

Ainsi, pour le physiologiste :

deux phénomènes physiologiques se trouvent à la base du délire – l'inertie pathologique et la phase ultraparadoxale, soit qu'ils existent isolément, soit qu'ils interviennent à côté l'un de l'autre, soit qu'ils se substituent l'un à l'autre (93).

Pavlov propose également une explication physiologique au phénomène d'hallucination : l'homme sain perçoit dans son milieu des éléments divers grâce à ses sens ; ces perceptions laissent des traces mnésiques de leurs idéations. C'est ce que Pavlov nomme représentations, reliquats de faibles intensités des excitations passées. Dans certaines pathologies mentales, ces reliquats d'excitations se mettent à s'accroître dans une région cérébrale donnée, s'élevant, selon les mots de Pavlov, « soit au niveau des représentations, soit, dans l'autre cas, au degré des sensations réelles (hallucinations) » (303). Selon la théorie pavlovienne, les hallucinations sont donc secondaires à des phénomènes d'excitation stagnante corticale.

d) Les troubles obsessionnels dans la théorie pavlovienne

Décrivant les obsessions comme étant « des représentations, des sentiments, puis des actions exagérément, illégitimement, fixes », Pavlov souligne que ces sentiments ou actions ne correspondent nullement « aux rapports naturels et sociaux habituels et normaux de l'homme », conduisant les malades à entrer « en collision difficile, grave, nuisible avec la nature ou les

autres hommes et, surtout, avec lui-même » (303).

La cause physiologique d'une telle pathologie - la fixité anormale et l'impossibilité de se débarrasser des idées ou sentiments – se trouve selon Pavlov dans l'existence de foyers d'excitation stagnante dans le cerveau, entraînant une inertie pathologique de l'excitation de certains îlots pathogène des grands hémisphères (17). Dans la théorie pavlovienne, résume L. Rokhline, « si l'excitant perd sa valeur de signal, s'il est devenu un faux signal, la réaction qu'il servait auparavant à élaborer deviendra non seulement superflue, mais même dangereuse dans certaines circonstances. Dans ces cas, c'est l'inhibition qui reparait au premier plan ; elle suspend les réflexes conditionnels qui ont perdu leur valeur de signal. C'est ainsi qu'en se complétant l'une l'autre et en interagissant sans cesse, l'excitation et l'inhibition conditionnent les formes complexes et variées du comportement, elles contribuent à équilibrer le sujet avec son milieu, c'est-à-dire à adapter telle ou telle activité de l'organisme aux conditions sans cesse changeantes de la vie. Cet équilibre devient difficile dans les états d'obsession, lorsque l'inertie pathologique de l'excitation empêche l'inhibition des excitants qui ont cessé d'avertir. De là, une perturbation des rapports entre le malade et son milieu » (17).

L'obsession est donc, comme le délire dans l'explication physiologique pavlovienne, causée par la trop grande inertie de l'excitation localisée en un îlot pathologique ; toutefois, contrairement au délire, où les phénomènes d'excitation et d'inhibition sont intenses et stoppent l'activité cérébrale permettant la formation de représentations justes, dans l'obsession, l'excitation et l'inhibition sont d'une intensité plus faible, n'inhibant pas totalement l'activité cérébrale permettant la production d'idées opposées aux obsessions : le malade conserve donc une attitude critique vis-à-vis de son trouble : « Chez ces malades, écrit Rokhline, l'intensité du processus d'excitation en dehors de l'îlot cérébral malade est suffisamment forte pour donner naissance à des représentations opposées aux idées obsédantes. Mais ce processus n'est pourtant pas assez fort pour inhiber et surmonter les idées obsédantes ainsi que les sentiments et tendances qu'elles entraînent à leur suite » (17).

e) Les troubles névrotiques dans la théorie pavlovienne

Pavlov s'est également intéressé aux pathologies névrotiques, pathologies aux origines à la fois endogène et exogène. Pavlov remarque que de fortes stimulations externes peuvent entraîner une modification du système nerveux, origine d'un état maladif chronique névrotique ; de plus, le savant indique qu'un stimulus donné ne créera pas une telle modification chez tous les sujets,

mais seulement pour une part d'entre eux : « Selon Pavlov, écrit Rokhline, le milieu impose parfois au système nerveux des exigences qui dépassent les forces et l'endurance de l'individu et qui surmènent si fort les processus d'excitation et d'inhibition, ainsi que leur mobilité, qu'il peut en résulter une rupture de l'activité nerveuse supérieure ; c'est justement ce qui constitue la névrose » (17). À partir de ce postulat, il définit plusieurs types de système nerveux et différents tableaux névrotiques.

Pavlov décrit les types de systèmes nerveux à partir de trois qualités principales : la *force* des processus nerveux fondamentaux (excitation et inhibition), leur *équilibre* et leur *mobilité*⁵⁷. En fonction de la force, Pavlov souligne expérimentalement chez l'animal l'existence d'un type faible – caractérisé par un manque d'endurance et une faiblesse générale du système nerveux – et de trois types forts, un type fort équilibré et un type fort non équilibré⁵⁸. Si le savant indique que le type faible est le principal fournisseur des pathologies névrotiques, il indique que le type fort non équilibré est également prédisposé à ces dernières.

À partir de ces travaux, Pavlov décrit chez l'homme – en commun avec les animaux - quatre types de systèmes nerveux : les *mélancoliques* – type faible -, les *colériques* – type fort et excitable -, les *flegmatiques* – type fort et équilibré - et les *sanguins* – type fort, équilibré et mobile (17). Les types mélancoliques et les colériques sont décrits par Pavlov comme les types les plus à même de développer des névroses (17).

Ivan Pavlov décrit également trois autres types de systèmes nerveux, spécifiques à l'espèce humaine, étant en lien avec le premier et le deuxième système de signalisation : chez le type *moyen*, les systèmes de signalisation sont harmonieusement équilibrés ; chez le type *artiste*, le premier système prédomine sur le second, tandis que chez le type *penseur* c'est le second système de signalisation qui domine sur le premier (17).

La neurasthénie touche principalement les individus possédant un type faible non équilibré : irritables, en difficulté pour maîtriser leurs émotions, ces patients ont bien souvent une humeur triste, présentent des troubles du sommeil (insomnie ou somnolence) et se plaignent de maux de têtes, de vertiges. Leur sensibilité aux stimulations externes (bruit, luminosité) est augmentée. L'hystérie est majoritairement présente chez les sujets du type *artiste*, et donc, contrairement à

⁵⁷ La mobilité des processus *d'inhibition* et *d'excitation* est, chez Pavlov, « la facilité avec laquelle s'accomplit le passage des cellules nerveuses de l'excitation à l'inhibition et inversement. C'est de cette mobilité que dépend l'aisance avec laquelle l'animal forme de nouveaux réflexes et inhibe les anciens » (L. Rokhline, *La médecine soviétique en lutte contre les maladies mentales*, Éditions en langues étrangères, Moscou, 1958, p. 66).

⁵⁸ Le type fort non équilibré « se caractérise par la prédominance de l'excitation et la faiblesse relative des processus d'inhibition. Pavlov l'appelait "type impétueux" [...]. Les types forts et équilibrés sont résistants aux névroses. Il se distinguent par le degré de mobilité des processus nerveux » (L. Rokhline, *La médecine soviétique en lutte contre les maladies mentales*, Éditions en langues étrangères, Moscou, 1958, p. 66).

la neurasthénie, spécifiquement humaine : la prédominance du premier système de signalisation – basé sur les sensations - est à l'origine d'images internes à forte connotation émotionnelles, rendant le sujet esclave de ses émotions (17).

La psychasthénie s'explique par la prédominance du second système de signalisation : les psychasthéniques sont ainsi des individus pour qui le sentiment de réel est flou, ils ont l'impression que leur vie est incomplète, sont bon à rien, se livrant à des ratiocinations stériles qui les conduisent souvent à des idées obsédantes et à des phobies, contraintes à des raisonnements incessants (17).

3. Le pavlovisme en psychiatrie après Pavlov

Si certains psychiatres, disciples de Pavlov, commencent de son vivant à travailler à partir de ses conceptions physiologiques, c'est principalement après 1950 que se développe l'étude physiopathologique de la schizophrénie basée sur l'étude de l'activité nerveuse supérieure.

a) A. G. Ivanov-Smolenski

Physiologiste et psychiatre, collaborateur de Bekhterev et de Pavlov, A. Ivanov-Smolenski initie des recherches expérimentales autour de la schizophrénie ; il donne ses conclusions dans un livre, *Essais de physiologie de l'activité nerveuse supérieure* (1949).

Pour Ivanov-Somlenski, le débat entre une étiologie somatique ou cérébrale de la schizophrénie est une gageure et pense la question de manière intégrative : la pathologie mentale repose sur la perturbation des rapports d'ordre encéphalosomatiques (303). Le déficit de la régulation centrale des fonctions végétatives est la cause d'une dérégulation végétato-métabolique entraînant une endointoxication neurotrope, intoxication à l'origine de la schizophrénie. Cette endointoxication provoque des changements neuro-dynamiques, mélangeants, dans une droite ligne pavlovienne, processus protecteurs et désordres pathologiques. En fonction de l'évolution processuelle de la pathologie, les modifications neuro-dynamiques s'expriment successivement par des « phénomènes d'excitation stagnante de localisation diverse, par le développement de phénomènes phasiques de caractère diffus, soit infrastructurel, et par la perturbation des rapports réciproques entre les divers étages et systèmes cérébraux » (303). Suivent ensuite les processus de destruction fonctionnelle qui viennent aggraver les perturbations psychiques initiales.

Étudiant principalement la question de la forme catatonique de la schizophrénie, forme caractérisée par l'altération de la fonction commutatrice du cortex et l'inhibition des réflexes inconditionnels supérieurs (défensif, d'orientation) (303), Ivanov-Smolenski s'intéresse également à la forme paranoïde, qui, contrairement aux manifestations catatoniques, établit « des liaisons conditionnelles réflexes positives et négatives, tout en subissant, pourtant, l'induction inhibant provoquée sur eux par des structures physiopathologiques hallucinatoires ou délirantes » (303). Pour Ivanov-Smolenski les hallucinations trouvent leurs origines dans « l'excitation stagnante, soit par des phénomènes phasiques dans diverses parties de l'écorce cérébrale, conformément à la représentation corticale centrale des différents analyseurs » (303). Ivanov-Smolenski propose une réponse thérapeutique adaptée à ces affirmations physiopathologiques : il s'agit d'induire une inhibition protectrice plus importante, réactiver la capacité de travail des cellules nerveuses tout en entraînant d'importantes perturbations végétatives afin d'entraîner un « remaniement végétatif de l'organisme du malade et contribuant à le désintoxiquer » (303). C'est ainsi qu'il propose un traitement combiné (hypnothérapie + choc insulinique ; électroconvulsivothérapie + hypnothérapie (303)).

b) V. Protopopov

Les travaux menés par V. Protopopov à l'*Institut psychoneurologique central* de Kharkov (1938) tentent de confirmer expérimentalement les conclusions de Pavlov sur le rôle de l'état hypnotique du cortex dans les manifestations schizophréniques (303) et proposent des protocoles thérapeutiques en rapport avec ces données physiologiques. Si la symptomatologie aiguë de la schizophrénie est secondaire à une inhibition corticale, la thérapeutique active et stimulante est inefficace – voire néfaste – dans les premiers temps de la maladie. Ainsi, selon Protopopov, il s'agit de favoriser le caractère protecteur de ce phénomène inhibiteur ; dès 1932, dans la clinique de Kharkov, dirigé par Protopopov, est créé un service de "séparation", excluant tous les facteurs excitants, dans lesquels les patients doivent rester alités. L'objectif est de prolonger le sommeil des patients autour de 18-20 heures par jours durant 10 à 12 jours d'affilé :

Il va de soi que nous ne considérons pas la "séparation" comme une mesure excluant tous les autres traitements. [...] Nous ne voyons dans la séparation qu'une méthode plus ou moins naturelle de préserver le système nerveux central d'une activité excessive et de favoriser davantage le sommeil que la veille, afin de contribuer au rétablissement des processus nerveux (303).

Protopopov et ses équipes travaillent également autour de la question étiologique de la psychose (1946) (303) ; grand défenseur de l'étiologie endocrinologique de la schizophrénie, il développe des programmes de recherche autour de l'étude de l'influence des troubles endocriniens sur l'activité nerveuse supérieure (277). Selon Protopopov, la schizophrénie n'est pas décrite uniquement comme une pathologie cérébrale mais comme le résultat d'une chaîne pathogénétique reliant troubles somatiques et métaboliques. Les troubles innés des centres nerveux régulateurs du métabolisme sont à l'origine d'une altération fonctionnelle du système métabolique – principalement protéique -, aboutissant à l'accumulation de toxines non neutralisées. Ces accumulations toxiques peuvent également provenir de la fermentation bactérienne associée à une majoration de la perméabilité de la paroi intestinale. Les éléments toxiques ont ensuite une action néfaste sur le système nerveux central et dépriment les ferments oxydateurs, entraînant une baisse de la consommation cérébrale en oxygène ; l'anoxie, associée à une destruction cellulaire, est à l'origine d'une perturbation métabolique cérébrale des voix azotée, lipoïdique et minérale. L'insuffisance du système endocrinien (thyroïdien, sexuel, hypophysaire) est également décrite par V. Protopopov comme une possible anomalie innée pouvant aboutir à la schizophrénie par la diminution du phénomène oxydatif (303).

Protopopov a également orienté une grande part de ces recherches sur la question de la psychose maniaco-dépressive. Il établit une correspondance entre hyperactivité des systèmes nerveux sympathique et parasympathique et la phase dépressive de la psychose maniaco-dépressive. Pour Protopopov cet état de fait s'explique par la défaillance de leur régulation dans les centres végétatifs supérieurs du tronc cérébral, thalamique et hypothalamique : dans le tronc cérébral apparaît une excitation stagnante qui peut se décharger directement dans le cortex cérébral au travers une activité psychique majorée – établissant la phase maniaque – ou bien, si cette excitation est plus forte, peut inhiber le cortex par une induction négative – établissant la phase dépressive (17).

c) E. Popov

E. Popov, psychiatre de Kharkov, travaille également sur la base physiopathologique de la schizophrénie d'un point de vue pharmacologique (1949) ; en étudiant les effets réputés excitants de certaines molécules (caféine, phénamine, pervitine), il précise qu'on peut lever artificiellement l'inhibition à l'origine de la catatonie, confirmant ainsi les thèses pavloviennes (303).

Popov se penche sur la question du trouble de la pensée chez le patient schizophrène : ces troubles sont-ils des désorganisations processuelles de l'intellect ou sont-ils la conséquence d'une réorganisation plus structurelle ? Pour le psychiatre soviétique, il s'agit de la deuxième réponse, établissant une analogie directe entre perte de contact avec la réalité de la période de sommeil et la rupture retrouvée chez le schizophrène :

Notre expérience clinique nous incite à prendre le parti de ceux qui estiment que la pensée schizophrénique se bâtit sur le type de la pensée propre au sommeil. [...] Vraiment, en partant des idées de Pavlov, nous devons reconnaître que, durant le sommeil, tout comme dans la schizophrénie, il se produit une large extension de l'inhibition interne dans l'écorce cérébrale. Il est naturel de supposer que la ressemblance de ces bases doit entraîner une sorte de similitude entre le type des processus psychiques dans le sommeil d'une part, et la schizophrénie, de l'autre (303).

Les recherches menées par E. Popov l'ont poussé à défendre l'idée selon laquelle les phénomènes d'inhibition (les phases hypnotiques) sont au centre de l'explication physiologique de l'apparition des hallucinations : pour Popov, il existe ainsi une corrélation directe entre sommeil et hallucinations, les deux phénomènes s'expliquant par l'inhibition diffuse des segments cérébraux supérieurs (17).

À travers ces expériences pharmacologiques, Popov analyse la pensée schizophrénique à travers ses similitudes avec la pensée onirique : « 1) association de mots et d'idées, non pas sous forme d'abstraction ou de généralisation du semblable, mais au contraire d'après leur différence, sans aucun sens intérieur ; 2) substitution à ces idées d'autres idées présentant un élément commun, occasionnel et irréalisable ; 3) effacement des bornes et altération des rapports dans la pensée littérale et figurée, concrète et abstraite » (303).

Sur le plan physiopathologique (1957), Popov décrit un complexe d'intrication biologique à l'origine de la pathogénie de la schizophrénie. Ainsi l'inhibition corticale décrite par I. Pavlov se complète d'une perturbation du métabolisme glucidique et d'une dysrégulation végétative d'ordre parasympathique (303).

d) N. Tatarenko

Élève de Protopopov, N. Tatarenko étudie l'état de l'activité conditionnelle réflexe dans la schizophrénie et constate leur perturbation chez les patients. Ainsi, à l'aide de pupillomètres et de pléthysmographe, elle relate mettre en évidence l'extrême importance de l'étude des réflexes d'orientation dans le diagnostic de l'état du malade (1954) (303).

Tatarenko se pense également sur l'étude immunobiologique des patients schizophrènes ; à l'aide du vaccin contre la coqueluche, elle met en évidence la majoration de l'activité immunobiologique chez les patients schizophrènes en rapport avec les personnes saines ; cette majoration ne se retrouve pas chez les patients chroniques. Est également mise en évidence l'amélioration clinique des psychotiques lors d'infections intercurrentes : l'infection renforce l'excitation et diminue l'intensité de l'inhibition, aboutissant ainsi à la disparition ou à l'abrasement de l'état hypnotique phasique cortical (303).

Fort de ses recherches, N. Tararenko propose une conception générale de la pathologie schizophrénique ; citons le professeur Rokhine, résumant : « selon cette conception, la schizophrénie commence de bonne heure et ses premières manifestations [...] sont des états phasiques des segments supérieurs du cerveau. Plus tard, à mesure que l'affection s'étend en profondeur et que la compensation baisse, des paroxysmes se produisent au cours desquels les phénomènes phasiques progressent en profondeur et en étendue. Ces phénomènes naissent en réponse à des troubles métaboliques, endocriniens ou viscéraux, par suite d'une perturbation de la régulation de toutes les fonctions de l'organisme par les segments cérébraux supérieurs. Dans la phase initiale et aiguë, l'inhibition phasique débutante dans le cortex revêt encore un caractère protecteur ; toutefois, comme cette inhibition n'est pas complète et que la cellule corticale ne se retranche pas entièrement de toute activité, mais fonctionne dans des conditions pathologiques, "la fonction protectrice cesse entièrement de s'accomplir et l'inhibition devient ensuite inerte. C'est pourquoi, à cette phase de la maladie, il faut lutter énergiquement contre l'inhibition inerte au moyen de différentes méthodes thérapeutiques".

Plus tard, les phénomènes phasiques se combinent de plus en plus souvent aux déficiences organiques dues à des lésions cérébrales, ainsi qu'aux compensations provenant des parties restes saine, ce qui cause la diversité des issues de la schizophrénie.

Toutefois, la spécificité des troubles psychopathologiques et somatiques de cette maladie se ramène à 4 composantes : pathologiques à proprement parler, biologique de défense, la défectuosité et la compensation. Ceci engendre une certaine diversité externe des symptômes, bien que leur nature intérieure soit commune, ce qui justifie parfaitement l'hypothèse pavlovienne des phases hypnotiques dans le cortex cérébral des schizophrènes » (303).

e) *V. Fédorov*

V. Fédorov fournit également d'intéressantes recherches dans la continuité des études pavloviennes. À la suite de Pavlov qui établit que la schizophrène advient chez des individus à la fragilité notoire de l'appareil nerveux, Fédorov entreprend une étude sur 500 individus afin de rendre compte de cette théorie. Il rapporte que 60 % des patients schizophrènes possèdent une faible constitution nerveuse, 22 % parmi les patients atteints de psychose exogène contre seulement 10 % de la population saine (303).

C'est ainsi, selon lui (1955), que :

lorsqu'il n'y a pas d'étiologie spécifique de la schizophrénie, sa pathogénie est le résultat de l'interaction entre des agents nocifs assez graves et un système nerveux trop peu résistant contre eux, ce qui fait que les cellules corticales s'affaiblissent si profondément qu'elles continuent à être traumatisées par les excitants habituels, devenus excessifs pour elles. Ceci explique le caractère progressif de la maladie, avec les lésions somatiques variées qui viennent la compliquer et qui résultent d'une régulation défectueuse de toutes les fonctions de l'organisme par le cerveau du malade (303).

Quelques années plus tard (1959), Fédorov exposera de nouveau les conclusions de ses travaux :

Actuellement, nous ne considérons plus la schizophrénie comme une psychose endogène ; cette maladie provient d'une interaction de l'organisme avec son milieu, tout comme les psychoses exogènes. La différence consiste dans le degré de surtension des cellules corticales : une fois éliminés les facteurs engendrant le mal, dans la psychose dite exogène, les cellules corticales recouvrent leur fonctionnement normal, tandis que dans la schizophrénie, elles sont tellement affaiblies que les excitants de la vie ordinaire se montrent trop violents pour elles, de sorte qu'ils entreprennent le processus destructeur en cours. Compte tenu de l'intensité des agents pathogènes d'une part, et du type d'activité nerveuse de l'autre, nous pouvons en conclure à la surtension des processus nerveux dans les grands hémisphères (303).

4. Combats pour l'hégémonie de la psychiatrie pavlovienne

a) *Changement de paradigme et stalinisme*

À partir du milieu des années trente, la psychiatrie soviétique change de paradigme sur le plan thérapeutique en s'intéressant aux techniques visant directement le corps du patient ; jusqu'alors, la psychiatrie soviétique des années 1920-1930 avait prétendu que l'application du socialisme résoudrait une part importante des problématiques sociales et, par résonance, psychiatriques ; les médecins psychiatres se chargent de guider les réformes en fournissant des conseils aux experts à tous niveaux de la société (école, fonctionnariat, travail en usine), afin d'éviter le surmenage, le stress, la consommation d'alcool et favoriser le sommeil (261).

Seulement, à partir des années 1930, les réformes productivistes de Joseph Staline viennent bouleverser ce programme : les objectifs hygiénistes de la psychiatrie soviétique gênent le développement industriel et comme l'écrit l'historien Benjamin Zajicek, « désormais, la psychiatrie en Union soviétique serait un domaine de la médecine qui se concentrerait étroitement sur les troubles mentaux majeurs, et non sur les problèmes de la vie quotidienne » (261). Pour ce faire, le politique va progressivement reprendre la main sur l'autorité scientifique.

Deux instituts sont créés en 1920 puis placés sous l'égide du *Commissariat aux Lumières (Narkompros)* - l'*Institut neuropsychiatrique* et l'*Institut de psychologie expérimentale* – réunissant des psychiatres, neurologues et psychologues progressistes s'intéressant aux rapports existant entre névrose et relation à l'environnement social. En 1923 les directeurs des instituts font savoir qu'ils se refusent à participer à une "reconstruction marxiste" de la psychologie ; ils sont alors licenciés (221).

C'est à la fin des années 1920 que l'offensive débute réellement. Alors qu'en 1929 on ne retrouve que 1,3 % de membres du parti chez les scientifiques (258), la décision de remplacer ces spécialistes "bourgeois" par une "intelligentsia du peuple", membre du parti, est actée. Le procès Chakhty (1928), monté de toute pièce par le *Guépéou*, marque ce passage (304) : des ingénieurs de Chakhty sont accusés de conspirer avec des étrangers et de saboter les installations. Avec ce procès, le monde industriel et scientifique est attaqué, suspect de conspiration, justifiant la reprise en main de leurs sphères professionnelles par le pouvoir soviétique. En 1930, Abram Moiseyevich Deborin (1881-1963) (305), philosophe et membre de l'*Académie des Sciences* est

sévèrement critiqué par les autorités⁵⁹ et doit faire amende honorable. Dès la fin de 1932, les contacts scientifiques avec l'étranger sont restreints (258).

À la veille de la grande répression, les temps sont à la soumission. En 1932 Staline donne des instructions sur la vigilance à adopter en matière de théorie, et de se défaire des travaux bourgeois et idéaliste de l'étranger.

Comme on l'a vu plus haut, c'est durant cette période que Lev M. Rosenstein, alors l'une des figures de proue de la psychiatrie soviétique, critique ses premiers travaux, reniant et se dissociant de tout ce qui pouvait avoir d'influence étrangère dans sa théorie (Jaspers, Husserl, Adolf Meyer). À sa mort en 1934, ses élèves essayent de minimiser son intérêt pour la psychopathologie jasperienne (258). La période de la psychohygiène en U.R.S.S. est refermée et, avec elle, c'est l'influence de la science sur le pouvoir politique. Le rapport de force est renversé.

b) Les débuts du pavlovisme comme idéologie : le premier temps des conflits

Si dans les débuts des années 1920 les travaux de Pavlov n'impactent pas les recherches psychiatriques, la situation change radicalement dès la fin de la décennie.

S'intéressant aux questions névrotiques et psychotiques, les autorités offrent à Pavlov un centre dans lequel explorer ses théories : en 1931 une clinique psychiatrique est ouverte à côté de l'*Institut d'étude de l'activité nerveuse* (I.V.N.D.) (102). Cet institut, fondé en 1925, a pour objectif d'étudier la biologie humaine afin de « lutter contre les maladies et parvenir à créer un homme sain » (102) ; dès lors les recherches de Pavlov s'étendent officiellement à la question psychique.

La direction de la clinique est confiée à Anatoli G. Ivanov-Smolenski (1892-1982), élève de Bekhterev et collaborateur de Pavlov.

⁵⁹ Abram M. Deborin est académicien et rédacteur en chef de la revue *Sous la bannière du marxisme* (1926-1930) ; dans les années 20, Deborin critique le mécanisme de défense de la dialectique matérialiste et, à la fin de la décennie 1920 et au début des années 1930, il est attaqué par les autorités : on lui reproche d'avoir sous-estimé l'étape léniniste de la philosophie marxiste, d'avoir séparé philosophie et pratique et de tenter de relier la dialectique matérialiste de Marx avec celle, idéaliste, d'Hegel. En 1931, la résolution du *Comité Central* du 25 janvier, note que Deborin et sa revue ont, « sur un certain nombre de questions très importantes [adopté des positions] d'idéalisme menchévisant ». *Deborin, Abram Moiseevich*, *The Great Soviet Encyclopedia*, 3rd Edition (1970-1979), URL:<https://encyclopedia2.thefreedictionary.com/Deborin%2c+Abram+Moiseevich>



Figure 37 : Anatoli G. Ivanov-Smolenski (1892-1982)

Le nouveau directeur manifeste un mépris non dissimulé pour la psychiatrie, jugée non scientifique. Pour Ivanov-Smolenski, il s'agit de réfuter toute analyse psychologisante de la théorie pavlovienne (306) : le réflexe en soi suffit à expliquer le comportement (307). Comme l'écrit Gregory Dufaud, « son ambition est de parvenir à imposer la physiologie au détriment des sciences du psychisme. Pour lui, elle est capable de dépasser l'incertitude relative à la complexité du fonctionnement humain en produisant un savoir formalisable et de prendre véritablement en charge le pathologique » (102).

Les recherches de la *Clinique de l'Institut*, bien que nombreuses, ne sont que fort peu diffusées dans le monde psychiatrique ; un rapport de *l'Institut* (1935) souligne que, nulle part en médecine, l'utilisation dans la clinique des théories physiologiques et physiopathologiques « ne rencontre autant d'opposition que la physiologie et la physiopathologie de l'activité nerveuse dans la clinique psychiatrique » (102). La majorité de la psychiatrie soviétique, principalement descriptive, s'intéresse alors uniquement aux questions nosologiques et psychologiques ; l'approche scientifique pavlovienne n'est pas encore entrée dans les mœurs et les pratiques.

En 1932 une conférence sur la question de la schizophrénie est organisée à Moscou par deux grands noms de la psychiatrie soviétique, A.S. Shmar'yan et M.O. Gurevitch. Shmar'yan et Gurevitch vont défendre les positions de la psychiatrie allemande soutenues par Oswald Bumke ; lors de la réunion, Anatoly Ivanov-Smolenski est le seul à s'opposer à cette tendance "idéaliste" pour lui préférer l'approche scientifique et matérialiste de la schizophrénie telle qu'elle est étudiée par I. P. Pavlov. A. S. Shmar'yan s'oppose à l'enseignement des travaux de Pavlov dans le cadre psychiatrique (308).

Comme le souligne Gregory Dufaud (102), ce désintérêt pour la question de l'expérimentation scientifique ne doit pas cacher la progressive extension de l'influence des théories pavloviennes au sein de la psychiatrie. Certains psychiatres, comme Vasili Giliarovski, déplorant les difficultés à établir une nosologie de la schizophrénie à partir de la seule clinique, soulignent l'apport nécessaire de la physiologie dans la recherche psychiatrique ; toutefois, relate Giliarovski, cet apport ne pourra être pertinent que si la physiologie ne réduit pas le psychisme à une somme des fonctions cérébrales (102).

Le second *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie* se tient en décembre 1936 ; l'allocution inaugurale est prononcée par le ministre à la Santé de toute l'Union, Grigorij Kaminski qui souligne le retard considérable qu'a pris la psychiatrie en rapport aux autres sciences soviétiques (102).

Sous l'impulsion de Mihail Krol, rédacteur en chef de la revue *Neurologie et psychiatrie*, la psychiatrie reconnaît l'utilité des apports de la physiologie. En citant Pavlov, Stern et Orbeli⁶⁰, Mihail Krol oublie volontairement de nommer Ivanov-Smolenski pourtant présent dans la salle, « moyen de minorer la portée de ses travaux, écrit Dufaud, et de lui rendre le mépris qu'il manifeste à l'endroit de la psychiatrie » (102). Le monde de la psychiatrie soviétique, à travers ce congrès, indique donc suivre la voie physiologique tracée par Pavlov, sans pour autant tout renier de ses pratiques. Les concepts de "petite psychiatrie" et "d'hygiène mentale" sont abandonnés.

La psychiatrie soviétique s'oriente ainsi vers l'utilisation des travaux et théories des physiologistes, ceux de Pavlov en tête ; « l'infléchissement biologique de la psychiatrie, écrit Dufaud, représente une réponse au défi posé par la physiologie » (102). Toutefois, les travaux d'Ivanov-Smolenski sont toujours rejetés comme étant teintés d'un insupportable mécanisme (102).

La mort de Pavlov (1936) confirme le rapport de force : Ivanov-Smolenski n'a plus d'autorité morale qui soutient ses théories. Il se voit alors attaqué par Giliarovski et ses partisans : comme

⁶⁰ Lina Stern, professeur à l'Université de Genève, arrive en U.R.S.S. en 1925 pour occuper la fonction de professeur à l'Université de Moscou. Sur le plan théorique, elle rejette certaines conclusions de Pavlov et appelle à orienter la recherche vers les processus chimiques du système nerveux. Léon Orbeli est considéré comme le principal continuateur de Pavlov (Cf. Grégory Dufaud, *Quel usage des thèses pavloviennes en médecine ? Schizophrénie, incertitudes scientifiques et psychiatrie en union soviétique*, Cahier du monde russe, 2015/1, Vol. 56, p. 209).

l'écrit Dufaud, « après la mort de Pavlov en 1936, Giliarovski et plusieurs psychiatres de haut niveau avaient attaqué le travail d'Ivanov-Smolenski comme mal conçu et non scientifique. Ivanov-Smolenski avait fait appel à des physiologistes de haut niveau au sein du Parti communiste, mais, à son grand regret, ces derniers soutiennent Giliarovski. En conséquence, la clinique psychiatrique d'Ivanov-Smolenski a été fermée, le laissant sans base d'opérations » (261). Le savant est mis sur la touche jusqu'à la Seconde Guerre mondiale (102).

Sous l'influence de Giliarovski, la psychiatrie prend une connotation plus scientifique sans toutefois se convertir totalement au pavlovisme ; si V. Giliarovski avait, lors d'un article de 1936, fait l'éloge de la précision du laboratoire de Pavlov et incité les chercheurs en psychiatrie à adopter des techniques de recherche aussi exigeantes, il exhorte ses confrères à poursuivre leurs propres axes de travail plutôt que de suivre servilement la voie tracée par Pavlov (261).

c) *La leucotomie, un enjeu scientifico-politique*

L'abandon de la psychohygiène au profit de thérapeutiques plus directes, vient bouleverser la dynamique de la psychiatrie soviétique. Au cours de ce tournant, les psychiatres soviétiques commencent à utiliser les thérapeutiques de choc venues d'Occident. La thérapie à l'insuline et le choc au Cardiazol (Metrazol)⁶¹ sont ainsi testés en U.R.S.S. à partir de 1936-1937.

L'adoption de ces « thérapies actives » est, pour les russes, le marqueur de l'entrée de la psychiatrie dans la modernité scientifique ; on compare alors ces techniques nouvelles avec le "nihilisme thérapeutique" du passé récent, qui, d'après cette critique, ne faisait en réalité qu'offrir aux patients des soins palliatifs et un placement en asile (261). Comme le professe un psychiatre moscovite de l'époque :

La thérapie active des psychoses est une nouvelle voie qui élève le niveau de la psychiatrie, la rapproche des autres disciplines médicales (261).

⁶¹ Au début des années trente, le psychiatre hongrois Ladislav J. von Méduna (1869-1964) était convaincu qu'il existait un antagonisme radical entre épilepsie et schizophrénie : l'un et l'autre s'excluant. Méduna décida d'induire des crises d'épilepsies chez des patients schizophrènes en leur injectant du camphre, puis, à partir de 1935, un de ses dérivés, le cardiazol (métrazol aux U.S.A.), se faisant le pionnier de la thérapie de choc en psychiatrie. Rapidement, des psychiatres du monde entier adoptent la technique, malgré les importants effets indésirables. C'est en 1938 que le psychiatre italien, Ugo Cerletti (1877-1963) qui va remplacer le cardiazol par l'utilisation d'un courant électrique : l'E.C.T. est née (Claude Quézel et Pierre Morel, *Les médecines de la folie*, Pluriel, Hachette, 1985, pp. 122-123 ; Patrick Lemoine, *La folle histoire des thérapies de choc*, dans *La folle histoire des idées folles en psychiatrie*, sous la direction de Boris Cyrulnik et de Patrick Lemoine, Odile Jacob, 2016, p. 143 ; Mihel Caire, *Soigner les fous: Histoire des traitements médicaux en psychiatrie*, Nouveau Monde éditions; 2019).

Découverte par le portugais Edgar Moniz en 1936, la leucotomie frontale semble être une piste thérapeutique d'avenir (309). Dès 1936 cette technique est discutée par les psychiatres russes qui lui reprochent son taux de mortalité élevé (5 % dans les études de l'époque) et l'incertitude de son efficacité, « insurmontables obstacles » empêchant son utilisation (261).

L'invasion allemande marque un coup d'arrêt dans l'utilisation des thérapies de choc, toutes les ressources devant être réservées à l'utilisation militaire. L'innovation thérapeutique se poursuit toutefois dans le domaine de la neurochirurgie ; l'augmentation exponentielle des blessés de guerre oblige la médecine à se réadapter en urgence face à l'afflux massif de blessés ayant des lésions cérébrales. Une commission spéciale est créée par le gouvernement soviétique pour faire face à cette problématique nouvelle et un service psychiatrique spécial est créé à Moscou pour traiter les « lésions cérébrales et les blessures non crâniennes accompagnées de troubles psychiatriques » (261). C'est dans ce service que la première lobotomie russe est effectuée (fin 1944 - début 1945) sous la supervision du Pr A. S. Shmar'yan.

Les thérapies de chocs intéressent Shmar'yan, car, basées sur des théories scientifiques, leurs utilisations ne permettent toutefois pas de déterminer une localisation précise de la lésion pathologique ; la lobotomie répond à ce questionnement. Concevant la pathologie mentale comme exclusivement d'origine cérébrale, elle est, pour Shmar'yan, une thérapeutique efficace ayant :

une signification en tant que méthode d'étude expérimentale de la pathophysiologie du cerveau humaine (261).

La technique se généralise en Russie ; entre 1945 et 1949, elle est réalisée dans aux moins dix-huit centres universitaires et est pratiquée par des neurochirurgiens⁶² en coopération avec des psychiatres. Sur le plan technique, la littérature scientifique russe de l'époque rapporte deux approches : l'école de Leningrad pratique ainsi la technique dite "fermée", dans laquelle des abords étaient réalisés dans la boîte crânienne afin de faire passer l'appareil sectionnant les connexions entre les lobes frontaux, tandis que les neurochirurgiens de Moscou pratiquaient la

⁶² Sur le plan technique, la littérature scientifique russe de l'époque rapporte deux approches : l'école de Leningrad pratique ainsi la technique dite "fermée", dans laquelle des abords étaient réalisés dans la boîte crâniennes afin de faire passer l'appareil sectionnant les connexions entre les lobes frontaux, tandis que les neurochirurgiens de Moscou pratiquaient la méthode "ouverte". La technique américaine du *icepick*, passant en trans-orbital, n'a pas été utilisée en Russie (Benjamin Zajicek, *Banning the Soviet Lobotomy : Psychiatry, Ethics, and Professional Politics during Late Satlinism*, Bulletin of the History of Medicine, Volume 91, Number 1, Spring 2017, p. 42).

méthode "ouverte". La technique américaine du *icepik*, passant en trans orbital, n'a pas été utilisée en Russie. S'il est complexe d'avancer des chiffres précis, c'est environ 500 à 600 lobotomies qui sont réalisées durant cette période en U.R.S.S.⁶³.

Les partisans de la technique rapportent des résultats encourageants, soulignant qu'elle permet un retour au domicile de patients hospitalisés depuis des années⁶⁴ répondant ainsi à un problème chronique de la psychiatrie russe, la surpopulation asilaire. Comme l'écrit Shmar'yan :

Parmi nos patients, écrit l'assistant chirurgical de Shmar'yan, il y en avait qui étaient des animaux [...], tous les psychiatres disaient que rien ne pouvait les aider. Et maintenant, quelques-uns de ces patients travaillent [...]. Ce sont des gens au vrai sens du mot (261).

Si la leucotomie peut aider même dix pour cent de ces patients à retourner à la vie, à reprendre le travail – n'est-ce pas humain ? (261)

Après la fin de la Seconde Guerre mondiale, le *Parti communiste* lance une grande campagne patriotique, la *Jdanovschina* (1946), afin de reprendre le contrôle sur la vie intellectuelle nationale, contrôle qui avait progressivement perdu de son emprise tout au long du conflit. Dès l'été 1946, la propagande se déchaîne, s'attaquant à tous les domaines de la pensée, déterrants les influences délétères de l'étranger, s'attaquant au « décadentisme occidental », aux « aspirations métaphysiques », au « particularisme anti-russe », à « l'individualisme petit-bourgeois » et à « l'art pour l'art » (295). Le 1^{er} août 1946 est créée une nouvelle revue, *Partiinaiia Zhizn'*, qui se donne pour mission de surveiller les milieux artistiques, scientifiques et intellectuels, milieux marqués, depuis la victoire, par :

la mollesse idéologique, les idées nouvelles et les influences étrangères
[...] qui affaiblissent l'esprit communiste (295).

⁶³ Benjamin Zajicek rapporte une centaine de cas dans le centre moscovite de Shmar'yan, 155 à l'*Institut psychoneurologique Bekhterev* de Leningrad, 74 à l'hôpital psychiatrique Kashchenko de Moscou et 40 à l'*Institut médical Gorki* (Benjamin Zajicek, *Banning the Soviet Lobotomy : Psychiatry, Ethics, and Professional Politics during Late Stalinism*, Bulletin of the History of Medicine, Volume 91, Number 1, Spring 2017, p. 42).

⁶⁴ « Parmi nos patients, écrit l'assistant chirurgical de Shmar'yan, il y en avait qui étaient des animaux [...], tous les psychiatres disaient que rien ne pouvaient les aider. Et maintenant, quelques-uns de ces patients peuvent travailler [...]. Ce sont des gens au vrai sens du mot » (cité par Benjamin Zajicek, *Banning the Soviet Lobotomy : Psychiatry, Ethics, and Professional Politics during Late Stalinism*, Bulletin of the History of Medicine, Volume 91, Number 1, Spring 2017, p. 44).

Dirigée par Jdanov, cette campagne va toucher l'ensemble de la culture, entendue au sens large : littérature, musique, presse, philosophie, mais également science et médecine. La psychiatrie ne sera pas épargnée par cette reprise en main.

Est alors demandé aux psychiatres de justifier l'utilisation des thérapies actives en termes patriotiques. En 1947, Giliarovski, opposant aux thérapies de chocs, insiste sur l'importance de l'électronarcose, d'autant plus qu'il s'agit d'une invention d'origine soviétique, qui ne peut qu'être, moralement et techniquement, d'un ordre supérieur aux productions occidentales. Ainsi, l'électronarcose serait :

Une méthode de traitement qui est, en principe soviétique, une méthode de traitement qui est soviétique en principe d'humanité (261).

Giliarovski, on le voit, déplace le débat scientifique sur le plan politique en instant sur son origine nationale et socialiste ; autre donnée significative, on rappelle le travail de Pavlov sur l'électronarcose (1936), ce dernier validant cette technique ; garent suprême, pour l'orthodoxie communiste, que l'électronarcose était libérée de toute attache avec l'idéalisme scientifique bourgeois (261). Ainsi, déclare Giliarovski, Pavlov a lui-même théorisé que :

pendant le sommeil, des moments d'inhibition se développent dans le système nerveux [et par conséquent] le sommeil prolongé devrait être utilisé en particulier pendant la schizophrénie dans la mesure où il peut amener le cerveau à revenir à un état normal (261).

En 1947, c'est au tour de Giliarovski de perdre ses soutiens au gouvernement ; cela marque le retour de Ivanov-Smolenski au premier plan. N'ayant jamais pardonné à Giliarovski sa mise à l'écart dix ans plus tôt, il retrouve après la guerre un poste de chercheur, chargé de la direction de la branche moscovite de l'*Institut de Physiologie évolutionniste*, mais reste dans une position secondaire ; en 1946, un comité d'experts du *Ministère de la Santé* lui refuse le titre de "scientifique émérite", signe de son non-retour en grâce (261).

En 1946 pourtant, un scandale va venir bouleverser la hiérarchie de la psychiatrie soviétique,

remettant en lumière Ivanov-Smolenski et fragilisant les positions de Giliarovski et de Shmar'yan.

L'affaire Kliueva-Roskin (310) débute lorsque deux chercheurs en cancérologie de l'*Académie* partagent des résultats prometteurs à des officiels américains. Alerté, le Kremlin réagit vivement : le ministre de la Santé et le président de l'*Académie des Sciences médicales* sont licenciés tandis que les chercheurs sont traduits devant un tribunal d'exception pour répondre de leur infidélité à la cause nationale. En avril 1947, le nouveau ministre de la Santé, E. Smirnov ordonne une révision de l'intégralité des instituts de recherches : les centres de Giliarovski et d'Ivanov-Smolenski sont ainsi expertisés (261).

Les inspecteurs du Ministère mette à jour des problèmes significatifs dans le fonctionnement de l'institut de Giliarovski : dans leur rapport, ils indiquent que la psychiatrie ne contribue que fort peu à la science médicale puisqu'elle utilise et applique des découvertes développées par d'autres. Ivanov-Smolenski est, par contre, félicité pour ses recherches fondamentales en physiologie et en physiopathologie de l'activité nerveuse supérieure.

Le président de l'*Académie* lâche Giliarovski en rapportant que l'exclusion de l'institut ne serait pas une perte significative pour les sciences médicales. Dans le même temps, il officie le retour sur le devant de la scène d'Ivanov-Smolenski :

L'étude de l'activité nerveuse supérieure d'un point de vue physiologique est très largement représentée [à l'Académie] [...] nous avons même la base clinique de l'*Institut de l'activité nerveuse supérieure* sous la forme du département d'Ivanov-Smolenski. Il s'ensuit que la psychiatrie, la psychiatrie physiologique moderne, est très solidement représentée dans l'Académie (261).

Deux mois plus tard, Vasili Giliarovski contre-attaque en organisant une conférence dans laquelle ses soutiens, psychiatres et physiologistes, dénoncent la non-inclusion de la psychiatrie dans la science médicale et s'attaquent, pour reprendre les termes utilisés, « aux adeptes immodérés de la doctrine de Pavlov », dont « le manque de compréhension des régularités de la psyché humaine » les avait amenés à annoncer « la création d'une clinique apsychologique », « déviation curieuse » qui avait « compromis cette jeune théorie » (261). Concluant, la résolution de la conférence rappelle que :

L'activité nerveuse supérieure et l'activité psychologique ne sont pas une seule et même chose. Conformément à cela [les sciences de] la physiologie du système nerveux et la psychiatrie sont deux sciences distinctes qui ont leurs propres spécificités ; elles ne peuvent pas se remplacer l'une l'autre (261).

Si le nom d'Ivanov-Smolenski n'est pas prononcé, la déclaration d'hostilité est manifeste. Déclaration qui va avoir d'importantes conséquences ; « en injectant cette rhétorique idéologique dans les débats professionnels, écrit Zajicek, les psychiatres autour de Giliarovski ont placé Ivanov-Smolenski dans une position dans laquelle il devait se défendre en des termes similaires. Ils ont également alerté les autorités politiques que quelque chose n'allait pas dans leur discipline, invitant ainsi à l'intervention » (261).

La réponse d'Ivanov-Smolenski ne se fait pas attendre ; elle est brutale. Il s'attelle à critiquer le dernier ouvrage de Giliarovski, qu'il dénonce comme truffé d'erreurs scientifiques et antipatriotiques. Il regrette les « conclusions erronées [les] interprétations incorrectes et, parfois [les] perversions directes des conceptions physiopathologiques de Pavlov » de Giliarovski, et affirme sa « connaissance extrêmement superficielle de cette doctrine [pavlovienne] ». Il poursuit en soulignant que Giliarovski néglige de citer « la vaste littérature nationale sur la question de l'application des théories d'I. P. Pavlov dans la clinique psychiatrique », leur préférant des sources étrangères : Love, Futterman et Goldstein, laissant sous-entendre, selon Zajicek, leurs origines, non seulement américaines, mais également juives (261).

Dès lors, Giliarovski doit démontrer, non seulement la validité scientifique de ses travaux mais également sa bonne foi idéologique et son patriotisme. Pour ce faire, il va s'engager dans la lutte contre l'utilisation thérapeutique de la lobotomie, se présentant, comme l'écrit Zajicek, comme un « véritable croisé contre [cette] science inhumaine et idéaliste de l'Occident » (261). Le troisième *Congrès des neuropathologistes et psychiatres* (mai 1948), congrès qu'il préside, sera la tribune qu'il va utiliser pour s'attaquer à la lobotomie, exhortant ses confrères à la prudence :

Je ne suis pas en train de tirer des conclusions en exprimant simplement mon opinion sur le fait que cette méthode devrait être considérée comme expérimentale, une méthode qui donne aux

[chercheurs] beaucoup de données sur la physiopathologie générale. En tant que méthode de thérapie, elle exige beaucoup de précautions. [...].

Il ne faut pas oublier que le berceau de cette méthode est l'Amérique, un pays bourgeois où les exigences de traitement sont tout à fait différentes. Dans les pays capitalistes, où il y a des millions de chômeurs, il importe peu qu'un patient quitte l'hôpital avec un léger déficit (261).

Devant la levée de boucliers des partisans de la lobotomie, qui défendent son potentiel thérapeutique, les délégués du Congrès décident que la question serait discutée lors d'un *plénum* professionnel exceptionnel, qui est convoqué pour février 1940.

Au regret de Giliarovski, le *plénum* valide l'utilisation de la lobotomie et rejette ses conclusions ; Léon Orbeli, successeur de Pavlov, prend la parole afin de défendre la lobotomie, technique adaptée à la prise en charge des troubles mentaux, tandis que la résolution de la réunion rejette l'accusation de son origine occidentale : affirmant qu'avant la Révolution, Vladimir Bekhterev et son assistant Ludwig Puusepp avaient expérimenté les techniques de psychochirurgie, les délégués donnent à la lobotomie une origine russe, et non un apport de l'idéalisme scientifique occidental. Concluant, le *plénum* demande au *Ministère de la Santé* de fournir une liste des institutions étant autorisées à effectuer ces opérations et une liste de spécialistes habilitées à sa pratique (261).

La situation est une nouvelle fois bouleversée par des considérations politiques. Dans les coulisses, Léon Orbeli est désavoué par Staline tandis que le *Comité central* du P. C. s'active pour l'exclure des positions d'influences qu'il occupait alors. Concomitamment, le parti mène une campagne contre le "cosmopolitisme sans racine", menace à peine voilée contre l'élite d'origine juive. Un *mémoire* du *Comité central* demande que les « inactifs ou sans perspectives » soient remplacés par « des jeunes capables et bien préparés » - sous-entendu des jeunes communistes, loyaux et ethniquement "acceptables". Au cours de l'été 1949, une lettre anonyme venant dénoncer le « monopole troublant » des juifs en psychiatrie déclenche une enquête ; Alexandre Shmar'yan, partisan avéré de la leucotomie et d'origine juive, est directement visé : il est démis de son poste de psychiatre, rendant sa situation plus que précaire (261).

Vasili Giliarovski profite de ces bouleversements pour intensifier sa campagne contre la

lobotomie, campagne garante de son orthodoxie. En novembre 1949, il donne une présentation privée au *Ministère de la Santé* afin de démontrer l'erreur de l'autorisation de la lobotomie : Giliarovski est autorisé à pratiquer une étude sur les effets d'une telle technique. Examinant 176 patients ayant été lobotomisés à Leningrad et Gorki, Giliarovski rapporte l'apparition fréquente d'effets indésirables majeurs, impactant le pronostic fonctionnel des patients, pour des résultats thérapeutiques peu évidents. Giliarovski rend publique ses résultats lors du *Congrès des neuropathologistes et psychiatres* de mai 1950, mais là encore, les délégués votent pour le maintien de la pratique (261).

Parallèlement au combat de Giliarovski contre la lobotomie, A. Ivanov-Smolenski s'affirme comme le principal psychiatre pavlovien. En 1949, il rencontre en privé le nouveau chef scientifique du parti, Youri Jdanov, fils d'Andreï Jdanov et gendre de Staline. La discussion tourne autour de la déformation de l'héritage pavlovien par les physiologistes, conviction partagée par les deux hommes. Les deux hommes évoquent également l'importance qu'a prise Léon Orbeli concentrant dans ses mains un grand nombre de pouvoirs.

Youri Jdanov envoie en septembre 1949 un long rapport à Staline, *Sur le développement académique de la doctrine de Pavlov*, dans lequel il soutient que la théorie pavlovienne est ignorée, voir même pervertie, par les physiologistes soviétiques. Jdanov conclut de la nécessité « d'écraser les ennemis de Pavlov », ce qui permettra aux scientifiques soviétiques « de relier plus étroitement le travail scientifique à la pratique médicale, à commencer par la clinique psychoneurologique » (261).

Publiant un nouvel ouvrage, Ivanov-Smolenski critique la manière dont l'école de Giliarovski a utilisé les travaux de Pavlov. Cette fois-ci, c'est Ivanov-Smolenski qui sort vainqueur : les conceptions pavloviennes de strictes obédiences reviennent au centre de l'intérêt de la psychiatrie soviétique (102). Dès lors, comme le souligne Gregory Dufaud, « le pluralisme au sein du milieu psychiatrique est constitué en problème politique. Aussi, les acteurs du "système scientifique" se mobilisent pour réduire la variété des orientations et éteindre les dissensions. Cet effort aboutit à la proclamation d'un paradigme psychiatrique devant être adopté par l'ensemble des psychiatres puis à la recomposition institutionnelle du milieu psychiatrique » (102).

III. Le parti communiste et la Science

A. *Science et idéologie*

1. La Science en U.R.S.S.

a) *Science et marxisme-léninisme*

La mainmise de l'idéologie marxiste-léniniste devient rapidement de plus en plus accrue sur le monde scientifique, si bien qu'il est de plus en plus difficile de trouver des textes scientifiques, psychiatriques ou autres, ne faisant pas mention de textes de Marx, de Lénine puis de Staline. Comme l'écrit Gregory Dufaud, « avec la guerre froide, les disputes scientifiques deviennent en effet un problème politique. Tandis que la science doit incarner la supériorité du socialisme, les controverses manifestent le hiatus entre le caractère unifié de la ligne du parti et la pluralité des paradigmes scientifiques. L'objectif des conférences est donc de parvenir à ajuster ces trois plans logiques que sont l'idéologie socialiste, les modes de connaissance et la réalité soviétique. Les trois niveaux sont amenés à se justifier les uns les autres » (102).

Les conflits autour des questions scientifiques prennent initialement une coloration progressiste ; lors du *XVI^e Congrès du Parti communiste* (juin 1930), une motion concernant l'offensive socialiste sur le terrain scientifique est proposée aux militants. Il s'agit dès lors de chasser les "tendances bourgeoises" qui se manifestent dans le monde scientifique : comme l'écrit le savant soviétique Jaurès Medvedev, certains savants « voulurent aborder en termes de lutte des classes de problèmes qui ne pouvaient être traités que d'une façon expérimentale, que ce soit en milieu socialiste ou en milieu capitaliste ». Des scientifiques se voient taxés d'anti-marxisme, d'idéalisme, de bourgeoisisme (311).

b) « *Contre le matérialisme mécanique et l'idéalisme menchevik* »

En décembre 1930, Staline lance la campagne « contre le matérialisme mécanique et l'idéalisme menchevik » (102). Si la critique concerne initialement le seul domaine de la philosophie, elle s'étend rapidement aux domaines scientifiques ; désormais une science, pour être pleinement soviétique, se devra de respecter trois principes : la nature de classe, le rôle central de "l'esprit de parti" et son caractère appliqué (102). L'historien Gregory Dufaud voit dans ce phénomène ce qu'il appelle « une reconfiguration de l'autonomie scientifique. Résultat de sa

professionnalisation, la science était devenue une sphère spécialisée, relativement fermée aux profanes. Dans les années vingt, le fonctionnement interne a globalement été respecté par les autorités soviétiques. Toutefois, avec le déclenchement de la campagne, celles-ci procèdent [au] *déconfinement par le haut* du monde scientifique en se donnant le droit d'y intervenir. La légitimité de la science doit reposer sur sa capacité à intégrer de nouveaux acteurs et à reformuler avec eux les problèmes qui sont les siens. Le parti ne prétend posséder aucun savoir spécifique autre que celui détenu par les scientifiques. Il dispose cependant de la capacité à déployer toutes les formes d'action, y compris la violence, que ses dirigeants jugent nécessaire » (102).

2. Lyssenko et Mitchourine : la science prolétarienne

a) *La génétique dans la période postrévolutionnaire*

Une dispute scientifique a lieu de 1929 à 1932 sur la question de la transmission héréditaire des caractères acquis et de la place des gènes comme support de l'hérédité⁶⁵.

Après la révolution de 1917, la science conserve une relative autonomie ; Lénine souhaite fonder une société basée sur les principes du "socialisme scientifique" et pour ce faire il a besoin des élites scientifiques du pays, qu'elles soient *bolchéviks* ou non. Comme l'écrit le révolutionnaire en 1919 :

Le problème du développement économique et industriel est qu'il requiert des experts en science et en technologie, experts que nous avons hérités du capitalisme et inévitablement contaminés avec des idées bourgeoises (312).

⁶⁵ Pour une histoire des théories évolutionnistes en Russie au XIX^e, lire Eduard I. Kolchinsky, *The impact of Georges Cuvier's and Jean-Baptiste Lamarck's ideas upon the development of evolutionary theory in Russia : 1800-1950*, dans *Biologie et Médecine en France et en Russie, Histoires croisées (fin XVIII^e-XX^e siècle)*, sous la direction de Jean-Claude Dupont, Jean-Gaël Barbara, Eduard Kolchinsky, Marina Loskutova, Histoire des sciences, Hermann, 2016, pp. 41-49., et Igor P. Popov, *Sources of the Darwinian palaeontology : Vladimir Kovalevsky and Louis Dollo*, dans *Biologie et Médecine en France et en Russie, Histoires croisées (fin XVIII^e-XX^e siècle)*, sous la direction de Jean-Claude Dupont, Jean-Gaël Barbara, Eduard Kolchinsky, Marina Loskutova, Histoire des sciences, Hermann, 2016, pp. 51-63 ; Louis de Thanhoffer de Völcese, *Charles Darwin, Karl Marx & Co. Des sciences bourgeoise et prolétarienne aux dérives idéologiques de Lénine et Staline*, Édition Samsa, 2017.

Sous l'impulsion de Lénine, le nouveau gouvernement apporte une aide financière importante au domaine de la recherche scientifique. Pourtant d'extraction bourgeoise, le grand généticien et agronome à la renommée mondiale Nikolaï Ivanovich Vavilov (1887-1943) est ainsi soutenu par l'État dans ses recherches (312).

Après la mort de Lénine et l'ascension au pouvoir de Staline, la situation change ; la question de la recherche génétique se politise. Deux camps se font face.

Autour de l'*Institut Timiriazev de Biologie* s'organise un groupe de néo-lamarckiens tandis que des généticiens et biologistes marxistes se regroupent autour de certaines figures scientifiques d'importance (Vavilov, Agol, Levit, Filipchenko, Serebrovsky, Zavadovsky) auprès de la *Section des Sciences naturelles de l'Académie communiste* (311). Les deux courants essaient de démontrer que leur ligne est la plus compatible avec le marxisme et le matérialisme dialectique. Le courant des généticiens s'appuie sur la solidité des faits scientifiques, preuve de leur matérialisme ; de leur côté, les néo-lamarckiens défendent la thèse énoncée par Friedrich Engels dans *Dialectique de la nature* (313) (1876), plus particulièrement dans le chapitre *Le rôle du travail dans la transformation du singe en homme*. Écrit à une période où la génétique, étudiée en tant que science de l'hérédité, n'existait pas encore, Engels soutient dans ce texte l'idée que la transmissibilité des caractères acquis s'effectue par l'accomplissement de gestes nécessaires à la nutrition et au travail (314).

Bien que non fondées scientifiquement, les théories néo-lamarckiennes prennent l'ascendant sur celles des généticiens ; en 1931-1932, les généticiens se voient taxés par leurs adversaires "d'idéalisme menchévisant", tendance condamnée par Staline. La majorité des généticiens sont alors exclus de l'Académie communiste ; Tchvetverikov, créateur de l'école soviétique de génétique expérimentale est exilé hors de Moscou (311).

Jusqu'en 1936, la génétique médicale reste largement épargnée par les controverses et connaît même un certain succès non négligeable par l'intermédiaire des travaux de S. G. Levit et de N. K. Koltsov (311). En 1936 débutent les premières attaques néo-lamarckiennes, mais la grande offensive a lieu en 1939 : le philosophe Present et le botaniste Bosse attaquent la génétique comme reliquat fasciste.

Koltsov [et] ses collaborateurs, écrit Present, ont ratissé, sous le nom de génétique, tout un tas d'ordures pseudo-scientifique, et jusqu'à des homélies ouvertement fascistes (311).

Toute recherche en génétique humaine est dès lors virtuellement interdite. Izraïli Agol est arrêté comme ennemi du peuple et exécuté en prison (1937), Solomon G. Levit est condamné à la prison (1938) tandis que Vavilov, qui s'était attiré gravement les foudres de Lyssenko est incarcéré (1940) ; il meurt en prison en 1943 (312).

Le courant néo-lamarckien, incarné par les travaux de Lyssenko et de ses élèves, obtient une place unique et dominatrice à la fin de la dictature stalinienne ; toutes les sciences doivent être mises au pas afin de purger les influences idéalistes, métaphysiques et bourgeoises.

b) Trofim Denisovitch Lyssenko (1898-1976)

L'exemple le plus frappant de cette dérive idéologique sur la science soviétique est, en effet, certainement le cas personnel de Trofim Denisovitch Lyssenko (1898-1976) (311) (315) (316) (317) (318). Fils de paysan ukrainien, Lyssenko fait sensation en affirmant pouvoir traiter le blé d'hiver de façon à qu'il produise une moisson importante au printemps ; cette technique prenant le nom de "*vernalisation*" intéresse au plus haut point les autorités, confrontées aux conséquences désastreuses de la collectivisation et de la famine. On donne alors à Lyssenko la direction d'un tout nouveau département de recherche à l'*Institut national de reproduction des plantes* d'Odessa (315). Les recherches de Lyssenko s'inscrivent dans le renouveau lamarckien, établissent qu'il est possible d'imposer aux plantes des caractères génétiques grâce à l'intervention humaine.

Lyssenko, arriviste et « charlatant ignare » (311) selon la formule du Prix Nobel Jacques Monod, attaque ses adversaires avec virulence, toujours sur le terrain idéologique. Protégé de Staline, Lyssenko voit ses théories élevées au titre de dogme obligatoire entre les années 1946 et 1953 ; elles impactent toutes les sciences qui doivent être pensées par son prisme. Comme l'écrit le biologiste Louis de Thanhoffer de Völcsy, « Lyssenko fut institué comme le défenseur de la génétique "soviétique", "prolétarienne", qui bannissait le hasard si abhorré en biologie. Il entendait appliquer aux sciences de la nature le matérialisme dialectique de Marx-Engels-Lénine avec la "bénédiction" de Staline. Lyssenko prêcha ainsi l'hérédité des caractères acquis, le "néo-lamarckisme", car il convenait parfaitement à la pensée marxiste » (312).

Ce n'est qu'après la mort de Staline en 1953, particulièrement après la critique du culte de la personnalité, que la science soviétique enclenche son émancipation progressive des théories

pseudo-scientifiques. Considérant l'énorme retard accumulé par la génétique soviétique, le *Praesidium* de l'*Académie des Sciences médicales* influe sur la recherche, dont les bases ne peuvent être celles qui prévalent depuis des années en U.R.S.S. ; les travaux de Mendel et de Morgan sont alors officiellement reconnus comme faisant parti prenant de la biologie théorique et pratique (311). Cette renaissance réactive les attaques néo-lamarckiennes, soutenues par Khrouchtchev, envers la génétique médicale. Toutefois, la démission de ce dernier en 1964 entérine définitivement la résurrection de la génétique soviétique.

c) *Médecine et idéologie*

La médecine n'est pas épargnée par ces controverses politico-scientifiques ; ces dernières prennent leurs sources dans la volonté de Staline de fonder un homme nouveau et, dans l'idée de purger le pays des forces pouvant lui être potentiellement hostiles. Comme l'écrit Windholtz, « en combinant les enseignements de Lyssenko et de Pavlov, Staline espérait qu'un *Homo sovieticus* nouveau, apprivoisé et qui se sacrifierait, émergerait » (308). Les postulats pavloviens rentrent largement en reconnaissance avec les théories défendues par les *bolcheviks* : en effet, l'indifférenciation du cortex autorise une malléabilité, une plasticité, permettant l'action correctrice du milieu, et par là soulignant l'importance de l'éducation et de la transformation de la société. C'est au nom de ce même principe que les théories génétiques de Mendel, suspect d'*a-priorisme*, sont rejetées au profit des théories de Lyssenko-Mitchourine qui postulent l'influence du milieu sur la transmission héréditaire : « Nous trouvons là encore une fois, écrit le psychiatre Koupernik, ce refus du fatalisme biologique et ce désir très fort [...] d'amender l'individu par une influence du milieu » (319).

Les théories de Mitchourine et de Lyssenko impactent la pensée médicale russe en insistant sur l'importance de l'environnement dans la genèse des troubles ; comme l'écrit Jean Garrabé, « si pour les auteurs de langue anglaise de l'époque c'était la famille qui rendait le schizophrène fou, pour les Soviétiques c'était la société » (165). L'environnementalisme soviétique sur la question marque une profonde différence entre les savants staliniens, convaincus de la sociogenèse des troubles, et des chercheurs occidentaux, travaillant à partir de la transmission des caractères héréditaires. Puisque les troubles mentaux sont secondaires à des dysfonctionnements sociétaux courants dans les sociétés capitalistes, ils devraient, selon l'Académicien Bykov, disparaître à :

la grande époque stalinienne [...], celle de l'édification de la nouvelle société communiste où, pour la première fois dans l'Histoire, l'homme devient personnalité authentiquement libre et acquiert une vie libre et joyeuse (165).

L'influence théorique de Pavlov, comme on va le voir, devient également totalement prégnante, véritable paradigme scientifique soviétique ; on parle alors du « culte de Pavlov » (30).

Le pluralisme des paradigmes scientifiques est désormais posé en problème politique ; il s'agit alors, pour les acteurs de la psychiatrie, de réduire leurs dissensions et d'affirmer une voie commune adoptée par l'ensemble des praticiens et des chercheurs. Les psychiatres refusant cette influence politique se verront progressivement éliminés, forcés à démissionner ou écartés des postes à responsabilités (19). Selon l'historien George Windholtz, « avant la Seconde Guerre mondiale, des personnalités suspectées d'être en opposition au régime de Staline ont été condamnées dans des procès simulés et publicisés, mais dans les dernières années de la dictature de Staline les procès ont été remplacés par des réunions scientifiques bien organisées qui pouvaient être presque aussi dévastatrices » (308).

Des changements importants ont lieu au sommet de la psychiatrie soviétique, changements motivés pour des raisons purement politiques, voire pour des questions d'antisémitisme d'état : ainsi, en 1950, la directrice de l'*Institut Serbski*, Cécilia Feinberg, est remplacée par un psychiatre dont l'ascendance russe ne fait aucun doute et qui ne tardera pas à faire parler de lui, Andreï Snejnevski (320).

d) La formation des psychiatres soviétiques : une médecine idéologisée

La formation de la profession de médecin russe diffère des standards occidentaux. Les bacheliers obtenant une Médaille d'Or sont admis d'office dans les Écoles de Médecine ; les autres bacheliers peuvent y accéder par l'intermédiaire d'un concours.

Une fois intégré à l'école, l'étudiant doit réaliser 6 ans d'études, 3 orientées autour des sciences dures, puis 3 ans d'études cliniques ; lors de ces trois dernières années, l'étudiant effectue des stages dans l'ensemble des spécialités. À côté de ce travail scientifique et clinique, les étudiants reçoivent une instruction « d'éducation orthodoxe », indispensable à la validation du cursus ; le journal du Ministère de la Santé, *Le travailleur médical*, assure que :

pour être un bon travailleur représentant de la noble profession médicale, il est nécessaire de ne pas avoir seulement une excellente formation professionnelle, mais également d'être bien familiarisé avec les principes marxistes-léninistes (321).

Au total, 458 heures d'enseignements – en 1980 – sont dévolues à l'étude de l'athéisme scientifique (24 heures), au communisme scientifique (72 heures), à l'histoire du Parti communiste (120 heures), à l'économie politique (100 heures) et à la philosophie marxiste-léniniste (142 heures) (322). Ainsi, c'est 30 % de l'enseignement total qui est accaparé par ces problématiques politiques (321). Le Pr J.-J. Dubarry, gastro-entérologue français, rapporte, dans une Communication présentée à la *Société d'histoire de la Médecine* (1980), le niveau médiocre de la formation médicale, malgré l'importance des heures d'enseignements (322).

Au bout des 6 ans d'études, l'étudiant devient "officier de santé", et est affecté dans une polyclinique, qui peut être située dans des zones délaissées (Asie Mineure par exemple), pour une durée de 3 ans. Période de travail pratique complétée d'une poursuite de la formation théorique.

Une fois ces trois ans sur le terrain réalisés, le jeune médecin décide de son orientation : il peut décider de poursuivre sa carrière en tant que médecin traitant de polyclinique ou s'engager dans une carrière universitaire.

Ceux qui s'orientent vers la carrière en polyclinique ne passent pas de thèse – et ne sont donc pas docteurs. Tous les 4-5 ans, ils doivent réaliser un stage de perfectionnement d'une durée de 4 mois auprès de spécialistes (323).

La carrière universitaire se termine par la soutenance d'une thèse *ès science médicale* ; après avoir été aspirant, l'étudiant devient docteur, puis, si ses travaux sont jugés de qualité, il peut prétendre à un post de *privat-docent*, puis enfin professeur titulaire de chaires universitaires et, plus haute reconnaissance, académicien (322).

Le serment des médecins soviétiques est modifié le 26 mars 1971 par décision du *Praesidium du Soviet suprême* (321) : l'impétrant est ainsi prié de jurer de :

fonder tous [ses] actes sur les principes de la morale communiste, d'avoir toujours présent à la mémoire le haut titre de médecin soviétique et d'être toujours conscient de [ses] responsabilités envers le peuple et l'État soviétique (30).

La retraite médicale est théoriquement fixée à 55 ans, mais la pénurie importante de médecins oblige à poursuivre le travail bien au-delà ; les médecins cumulent alors leurs retraites et leur salaire. Ce salaire est variable en fonction du titre et de l'ancienneté. Ainsi un médecin de polyclinique à l'échelon le plus bas touche, en 1957, 1.050 roubles par mois⁶⁶, ce qui est fort peu, identique à un ouvrier peu qualifié – un ouvrier de choc, les stakhanovistes, gagne environ 3.000 roubles mensuellement. De l'autre côté de l'échelle se trouve l'académicien, émargeant à 10,000 roubles mensuels⁶⁷.

La profession médicale n'est pas extrêmement considérée en Union soviétique (242) ; on lui préfère les métiers techniques. Comme l'écrit Koupernik, « aucun doute n'existe à ce sujet, le médecin du bas de l'échelle est un prolétaire, tant par le salaire que par son habillement et il ne semble pas jouir d'un prestige équivalent à celui de n'importe quel médecin en Europe Occidentale » (324).

Le monopole de l'État, seul employeur médical, la hiérarchie fortement centralisée et bureaucratifiée, le rôle prégnant de l'idéologie du parti, particulièrement au sein des autorités médicales, l'importance de l'enseignement théorique communiste et le serment professionnel sont des marqueurs de la politisation de la profession médicale ; comme l'écrit Sidney Bloch, cette situation ne va pas sans créer un profond problème éthique : « le dilemme de l'allégeance, le manque d'indépendance en tant que professionnel, et la compromission de l'objectivité dans le jugement médical. [Ceci] fournis également un sol fertile pour l'application non médicale de la psychiatrie » (321).

⁶⁶ En 1957, un Rouble équivaut à 35 anciens Francs.

⁶⁷ En 1911, le salaire moyen d'un médecin praticien de Saint-Pétersbourg est d'environ 5 000 roubles annuels, équivalent à 13 300 francs 1911, proche de la moyenne des praticiens parisiens (cf. Dr. P. Lacroix, *La profession médicale en Russie (Notes de voyage)*, Le Concours médical, Trente-troisième année, n°38, dimanche 17 septembre 1911, p. 843).

B. La Session pour la Physiologie (1950)

1. Promouvoir Pavlov

a) La Session pour la physiologie

Dans les suites du rapport de Youri Jdanov (1949), Joseph Staline ordonne au ministre de la Santé, E.I. Smirnov d'organiser une session scientifique sur les enseignements de Pavlov ; le dictateur délègue ensuite le projet à son collaborateur G. M. Melenkov (325).

Du 28 juin au 4 juillet 1950, les psychiatres et neuropathologistes soviétiques se réunissent au sein d'une *Session pour la physiologie* dont l'objectif est d'encourager, selon le discours inaugural de l'académicien S. Valivov, à :

discuter à la lumière de la critique et de l'autocritique le développement de l'héritage de Pavlov dans l'Union soviétique. [...] Les disciples de Pavlov ont-ils suivi la voie féconde tracée par leur maître ? Pour autant qu'un homme qui n'est pas spécialiste puisse en juger, le centre d'intérêt des physiologistes soviétiques, groupés dans les institutions les plus importantes, s'est grandement écarté de la théorie de Pavlov. Il y a eu des tentatives, heureusement assez rares, de révisions injustifiées de la théorie de Pavlov. Dans la plupart des cas, la pensée et les travaux des chercheurs se sont égarés sur des chemins détournés. Si étonnant, si étrange que cela puisse paraître, la voie tracée par Pavlov a été délaissée chez nous ; ceux qui lui restaient constamment fidèles étaient relativement peu nombreux. Pour beaucoup, la droiture matérialiste de Pavlov s'avéra en fait au-dessus de leurs forces. Parfois ils préféraient suivre des voies personnelles détournées mais conduisant au compromis. [...] Y a-t-il eu des théories plus puissantes ou tout au moins équivalentes à la théorie de Pavlov en physiologie, et avant tout en ce qui concerne l'activité nerveuse supérieure ? S'il en était ainsi, l'écart temporaire de la ligne pavlovienne serait en ce sens excusable. [...]. Camarades, si on se rend pleinement compte de la situation créée chez nous en physiologie [...], il devient évident qu'il est temps de sonner l'alarme. [...]. Notre peuple et

toute l'humanité avancée ne nous pardonneront jamais, si nous ne mettons pas dûment à profit les trésors de l'héritage de Pavlov. Son développement nous permettra de comprendre par la suite les formes les plus complexes de la vie, il nous ouvrira de nouveaux horizons en médecine (326).

b) Accusateurs et victimes

Pendant cette session, les pavloviens sont divisés en deux groupes : les accusateurs et les accusés (327). Comme l'a écrit G. Windholtz, « les plus éminents de ces derniers ont été dénoncés pour s'être écartés de la voie pavlovienne orthodoxe, et poussés à admettre leurs erreurs, à travailler dans le cadre de la théorie de Pavlov de l'activité nerveuse supérieure, et à éviter l'influence occidentale » (325). Les organisateurs nomment les scientifiques adoubés par Staline et condamnent les autres pour leurs vues anti-matérialistes. Comme le souligne G. Windholtz, « tous les participants [...] - accusateurs et accusés – ont été victimes d'une peur écrasante. Cette peur a forcé certains d'entre eux à exécuter les instructions "d'en haut", d'autres à aider la cause "sainte", d'autres à jurer ce qu'ils n'avaient pas fait. Mais il y en avait qui ne cédaient pas, qui, avec leur force, essayent de s'opposer, de lutter. Cependant, hélas, il n'y en avait pas beaucoup » (325).

Lors des débats, les consignes politiques sont aggravées par les tensions interpersonnelles. Léon Orbeli, principale cible de la session, est détesté par une frange importante des physiologistes pour avoir décidé unilatéralement de prendre la succession de Pavlov à l'*Institut* après la mort de celui-ci.



Figure 38 : Léon Abgarovich Orbeli (1882-1959)

Orbeli est une figure d'importance dans le monde scientifique soviétique des années 1940 (328), vice-président de *l'Académie des Sciences de l'U.R.S.S.*, directeur de deux instituts et rédacteur en chef de plusieurs revues scientifiques, chef de l'Académie médicale militaire durant la guerre et colonel général, plus haut grade militaire accessible pour un scientifique. Partisan de la physiologie évolutionniste, il s'oppose à Lyssenko sur le plan scientifique. « Par son échec à utiliser son prestige pour soutenir sans équivoque Lyssenko, Orbeli a invité la vengeance » (325) écrit G. Windholtz.

Le choix des accusateurs, Bykov et Razenkov, n'est également pas neutre. Bykov avait été médecin des forces armées de l'amiral contre-révolutionnaire Kolchak lors de la guerre civile, parcours compromettant, obligeant Bykov à se montrer loyal partisan de la politique du gouvernement. Le débat scientifique est loin.

2. Critiques et autocritiques

a) *Les critiques : Razenkov, Bykov, Imanov-Smolenski*

La session prend une tournure polémique avec l'intervention d'I. Razenkov, vice-président de *l'Académie de Médecine*. Comparant l'importance des travaux de Pavlov dans la construction du communisme aux théories de Mitchourine et Lyssenko (326), Razenkov s'attaque aux continuateurs de Pavlov, coupables de ne pas avoir poursuivi la voie tracée par le maître :

On ne saurait méconnaître le fait que certains disciples de Pavlov ont commencé à s'écarter de la direction indiquée par ses travaux en essayant de combiner par un esprit d'éclectisme les idées de Pavlov avec celles des savants occidentaux, hostiles au fond à la théorie matérialiste du grand physiologiste (326).

Razenkov dénonce nominalement les savants qu'il juge responsable d'une telle dérive : l'académicien I.S. Bérithavili suspect d'introduire pernicieusement le behaviorisme, l'académicien L. Orbeli, trahissant les théories pavloviennes sur la génétique de l'activité supérieure, P. Anokhine, directeur de *l'Institut de Physiologie de l'Académie de Médecine*, coupable de ne pas suivre les principes théoriques de Pavlov au profit des théories des réactionnaires, « manifestation du servilisme devant la science étrangère et le cosmopolitisme » (326) et A. Spéranski, directeur de *l'Institut de Pathologie générale et expérimentale*, à l'orientation différente du grand physiologiste.

L'académicien K. Bykov prononce ensuite un long rapport (326) qui, sous couvert de science, place le débat sur le plan politique. Le texte du discours est passé entre les mains de Staline ; le dictateur a apporté des modifications dans la marge du texte original. C'est ainsi avec l'*imprimatur* de Staline que Bykov vient lire son texte à la Session (308). Ne pas suivre Pavlov, déclare Bykov, c'est être un ennemi du matérialisme et, insidieusement, de la Révolution.

De tout temps la biologie a été le champ de luttes idéologiques. [...]. À nos yeux, la lutte pour les principes matérialistes de la doctrine darwinienne s'est terminée, au pays des Soviets, par le triomphe de la biologie mitchourinienne, fondée sur la philosophie d'avant-garde du matérialisme. Simultanément, un coup décisif a été porté aux théories réactionnaires idéalistes par le plus grand représentant de la science biologique, le physiologiste Ivan Pavlov [...]. Il n'est pas exact de dire que Pavlov n'aurait fait qu'apporter un complément à la physiologie, ou qu'il a ajouté un nouveau chapitre à cette science. Il serait plus juste de diviser toute la physiologie en deux étapes : celle d'avant Pavlov, et celle qui a commencé avec lui. L'histoire de la physiologie pré-pavlovienne est fondée sur une conception idéaliste du monde ; la psychologie pavlovienne est au contraire essentiellement matérialiste (326).

Par ses recherches expérimentales, I. Pavlov a enrichi la théorie marxiste-léniniste de la connaissance qui reconnaît l'existence d'un monde objectif en dehors de nous et indépendamment de notre conscience, d'un monde qui se reflète dans les sensations et la conscience de l'homme. L'éminent physiologiste a grandement contribué à faire comprendre le mécanisme de la formation de « l'image subjective du monde objectif » (Lénine [...]), par l'intermédiaire de l'acte réflexe complexe, ce qui détermine l'unité du subjectif et de l'objectif, du psychisme et du physique (326).

Bykov s'attelle ensuite à dénoncer ses confrères coupables de penser hors du cadre pavlovien :

Orbeli⁶⁸, Anokhine⁶⁹, Spéranski⁷⁰, Stern⁷¹ sont une nouvelle fois démasqués, tandis qu'il salue les travaux des savants fidèles à la ligne (N. Krasnogorski, A. Ivanov-Smolenski).

Anatoli Ivanov-Smolenski prononce ensuite un long discours dans lequel il poursuit l'offensive dans le domaine de la psychiatrie par des attaques scientifiques puis, plus sournoisement, politiques. Citant Staline, il rappelle « qu'il n'existe point de science qui puisse se développer et prospérer sans une lutte d'opinions, sans liberté de critique » (326), mais n'hésite pas à attaquer ses adversaires pour leurs dérives idéologiques, dérives idéalistes et confusionnistes. Il dépeint la psychiatrie soviétique comme une science gangrenée par l'influence occidentale, s'étant écartée de la voie tracée par Pavlov.

On ne peut pas se souvenir sans peine que pendant longtemps, et même tout récemment, toutes les tentatives d'appliquer la théorie de Pavlov aux tâches de la psychiatrie ont été infailliblement combattues (326).

Ivanov-Smolenski s'attaque à A. Shmar'yan qui « propageait les idées de ce qu'on appelle la "pathologie cérébrale" » et à V. Giliarovski dont les travaux présentent « une reconnaissance déclarative de la théorie de Pavlov », mais qui en réalité démontrent l'échec « à maîtriser même la physiologie de base et physiopathologie de l'activité nerveuse supérieure » (326). Au cours de son discours, il évoque la question de la lobotomie, sans statuer, preuve, selon B. Zajicek, que le sujet n'a pas été encore tranché (261).

⁶⁸ « L'essence même et la direction [des recherches d'Orbeli] ne répondent pas aux buts et aux tâches immédiates posés par Pavlov et son école ». « Le travail de l'immense ensemble scientifique dirigé par L. Orbeli n'a pas contribué suffisamment au progrès de l'héritage idéologique de Pavlov et à son influence sur la pratique médicale [...] ». (I. K. Bykov, *Le développement des idées de I. Pavlov (Taches et perspectives)*, dans *Session scientifique consacrée aux problèmes de la théorie physiologique de I. Pavlov, 28 juin-4 juillet 1950, Introduction, Rapports, Ordre du jour*, Académie des Sciences de l'U.R.S.S., Académie de Médecine, Éditions en langue étrangère, Moscou, 1951, p. 36 ; p. 43.)

⁶⁹ « Il se dégage une impression confuse et imprécise de plusieurs ouvrages de P. Anokhine qui essaie dans certains cas d'interpréter à sa façon, parfois erronée, les principes essentiels de la théorie des réflexes conditionnés. [...] Il faut y voir l'effet maintes fois critiqué, de la tendance d'Anokhine à "corriger" la théorie classique de Pavlov par les élucubrations théoriques des savants étrangers ». (I. K. Bykov, *Le développement des idées de I. Pavlov (Taches et perspectives)*, dans *Session scientifique consacrée aux problèmes de la théorie physiologique de I. Pavlov, 28 juin-4 juillet 1950, Introduction, Rapports, Ordre du jour*, Académie des Sciences de l'U.R.S.S., Académie de Médecine, Éditions en langue étrangère, Moscou, 1951, p. 37.)

⁷⁰ « La théorie de Spéranski se trouve en dehors de la physiologie, non seulement de celle de Pavlov, mais de la physiologie en générale ». (I. K. Bykov, *Le développement des idées de I. Pavlov (Taches et perspectives)*, dans *Session scientifique consacrée aux problèmes de la théorie physiologique de I. Pavlov, 28 juin-4 juillet 1950, Introduction, Rapports, Ordre du jour*, Académie des Sciences de l'U.R.S.S., Académie de Médecine, Éditions en langue étrangère, Moscou, 1951, p. 49.)

⁷¹ « [Les] travaux - d'un si bas niveau scientifique - de Stern [ont] ignoré toutes les conceptions de Pavlov. Dans ses cours pour les travailleurs scientifiques Lina Stern déformait la théorie de Pavlov ». (I. K. Bykov, *Le développement des idées de I. Pavlov (Taches et perspectives)*, dans *Session scientifique consacrée aux problèmes de la théorie physiologique de I. Pavlov, 28 juin-4 juillet 1950, Introduction, Rapports, Ordre du jour*, Académie des Sciences de l'U.R.S.S., Académie de Médecine, Éditions en langue étrangère, Moscou, 1951, p. 43.)

b) Défenses et autocritiques

Les accusés se relaient ensuite à la tribune pour faire leurs autocritiques et renier leurs travaux (325) : Asratian, Spéranski, Kupalov, Anokhin reconnaissent leurs erreurs tandis qu'Orberli tente de se défendre une première fois avant de s'excuser publiquement lors d'une seconde intervention. « Au cours de la session scientifique conjointe, écrit G. Windholtz, Orbeli a dû prendre conscience que les sessions n'étaient pas un forum pour discuter de problèmes scientifiques, mais un tribunal inquisitorial » (325). Les accusés perdent leurs postes malgré leurs autocritiques ; L. Orbeli doit quitter une grande partie de ses activités (325).

Vasili Giliarovski prend également la parole ; il se soumet aux critiques d'Ivanov-Smolenski et admet que la théorie pavlovienne doit guider la recherche, la pratique et la thérapeutique des psychiatres soviétiques, abandonnant sa prétention à vouloir fonder, pour la psychiatrie, une théorie indépendante de la physiologie pavlovienne. Il rappelle, lors de son intervention, son combat pour l'interdiction de la lobotomie et délivre une nouvelle critique à l'égard de Shmar'yan, coupable d'anti-pavlovisme (261).

L'assemblée du congrès rédige une lettre à Staline, « scientifique de premier plan et [...] génie », qui se termine par la déclaration suivante :

Nous te promettons, cher camarade Staline, de nous employer entièrement à éliminer aussi rapidement que possible ce qui empêche le développement de la science de Pavlov, et de tout faire pour poursuivre la construction du communisme dans notre pays (326).

Comme l'écrit Georges Windholtz, la session commune de 1950 « a donné un coup terrible aux fondements moraux de la science. [Elle] a détruit le destin de nombreux scientifiques, déformé la psychologie des jeunes en favorisant leur servilité et leur immoralité. Elle déformait l'esprit de la physiologie de l'activité nerveuse supérieure, elle répandait le dogmatisme, la conformité, et cet esprit monolithique si peu savant en science. La session a provoqué l'aliénation, la division, la confrontation de scientifiques de différents pays, un obstacle au développement de la coopération scientifique internationale et la destruction de la tradition scientifique et coopérative progressive de la communauté mondiale des scientifiques » (325). En octobre 1987, une table ronde organisée à Moscou pour réexaminer cette session la qualifia de « l'un des plus tragiques épisodes dans la vie scientifique du pays, d'un effet funeste sur l'évolution de la physiologie et de la psychologie » (110).

C. La session sur les "Enseignements physiologiques de l'académicien I.P. Pavlov sur la psychiatrie et la neuropathologie" (1951)

1. Enjeux médicaux et politiques de la leucotomie

a) Leucotomie et orthodoxie

Dans les suites de la *Session* de 1950, la question de l'interdiction de la lobotomie reprend de l'ampleur. En novembre 1950, une dernière discussion se tient sur le sujet, réunissant les grands pontes de la psychiatrie soviétique ; Shmar'yan et Giliarovski sont présents, contrairement à Ivanov-Smolenski. Les attaques et les défenses sont largement impactées par les événements qui se sont déroulés lors de la précédente réunion.

Giliarovski et ses équipes présentent une nouvelle fois des arguments théoriques contre l'utilisation de la lobotomie. Récemment "converti", Giliarovski rapporte que la théorie pavlovienne est en faveur d'une conception holiste du fonctionnement cérébral : puisque le deuxième système de signalisation n'est localisé dans aucune structure précise, le cerveau fonctionne comme un tout intégré (261) : la lobotomie entraîne ainsi une perturbation délétère de l'inhibition protectrice, source d'irréversibles dommages.

Shmar'yan défend ses positions, affirmant que l'utilisation d'une telle thérapeutique peut être utile dans certains, particulièrement en dernier recours et pour ce faire, il utilise lui aussi la théorie pavlovienne :

Si l'intellect et la personnalité ne sont pas étroitement localisés dans le cortex frontal, alors il est logique que l'esprit puisse compenser, et peut-être bénéficier, de la neurochirurgie sélective (261).

Le psychiatre va ensuite tenter de prouver l'orthodoxie marxiste de sa pensée, reprenant les arguments de Joseph Staline qu'il avait développé lors de son intervention sur la question de la linguistique :

La leucotomie et le problème du traitement des patients ne sont pas du tout une superstructure. Il y avait de la schizophrénie à la période féodale, elle existait sous le capitalisme, et à notre grande

honte, nous entrons dans le communisme sans avoir vaincu un certain nombre de maladies, dont la schizophrénie. Par conséquent, la leucotomie est un problème biologique, tout comme la pénicilline – un problème biologique (261).

L'intervention de Shmar'yan est raillée par l'assemblée pour son mécanicisme. Alors que peu de temps auparavant il était une des autorités de la psychiatrie soviétique, son aura scientifique s'effondre en même temps que ses soutiens politiques. Lors de la réunion, Shmar'yan se voit condamné par les psychiatres présents, mais également par Stepan Pavlenko, haut fonctionnaire au *Ministère de la Santé* :

Peut-être que dans la société capitaliste, vous pouvez utiliser n'importe quelle méthode de traitement qui semble approprié, mais dans la société socialiste, nous devrions utiliser des méthodes fondées sur la théorie. C'est l'essence même de la position pavlovienne. Si nous ne suivons pas cette règle, nous finissons par prendre la position capitaliste, c'est-à-dire l'éclectisme, pas la médecine scientifique. Introduire dans notre société socialiste des méthodes non fondées et, de plus, des méthodes extrêmes, des méthodes dures – c'est absolument inacceptable (261).

b) L'interdiction de la leucotomie

Moins d'une semaine plus tard, le 9 décembre 1950, le *Ministère de la Santé*, par l'intermédiaire de son ministre, E. Smirnov, décide alors de l'interdiction d'une telle pratique :

Sur l'initiative du Pr M. A. Goldenberg (*Institut médical Gorky*), du Pr. [Shmar'yan] (*Institut psychiatrique central du ministère de la Santé des R.S.S.P.R.*) et du Pr Golant (*Institut psychiatrique de Leningrad*) et sans base théorique ou des essais cliniques suffisants, on a commencé à utiliser la leucotomie préfrontale comme méthode de traitement appliqué à plusieurs troubles neuropsychiatriques.

Les résultats recueillis sur l'efficacité thérapeutique de cette

méthode et observation de certaines de ses séquelles montrent que cette méthode non seulement n'offre aucun avantage sur les autres procédés thérapeutiques s'appliquant à ces états, mais mène à des modifications organiques irréversibles qui rendent l'application d'un autre traitement du trouble impossible.

Le Conseil médical scientifique du ministère de la Santé de l'U.R.S.S., à son assemblée du 30 novembre de cette année examina la question de l'utilisation de la leucotomie préfrontale comme procédé thérapeutique et conclut qu'elle n'a aucune base théorique, et que l'utilisation de la leucotomie préfrontale pour le traitement des troubles neuropsychiatriques est incompatible avec les principes physiologiques de base de la doctrine de I. P. Pavlov.

Conformément à la décision du conseil médical scientifique du ministère de la Santé d'U.R.S.S. du 30 novembre 1950, je décrète : l'utilisation de la leucotomie préfrontale dans les troubles neuropsychiatriques est interdite.

Ministère de la Santé de l'U.R.S.S.

E. Smirnov (20).

Il est intéressant de noter que cette interdiction fait de l'U.R.S.S. un des seuls pays à interdire cette pratique⁷² qui connaît alors son apogée en Angleterre, en Scandinavie et aux États-Unis (261). Comme l'écrit Benjamin Zajicek, les affirmations énoncées par le Ministère « sont devenues fondatrice de la nouvelle doctrine émergente de la "médecine pavlovienne", qui est devenue une nouvelle orthodoxie étouffante pour la médecine soviétique » (261).

Si Shmar'yan sort décrédibilisé de la dispute, plus politique que scientifique, Giliarovski limite sa déchéance et évite d'être chassé de la discipline ; il perd son prestigieux poste de directeur de l'*Institut de psychiatrie*, et est rétrogradé au poste de directeur adjoint mais reste, pour la décennie 1950, une des principales figures de la psychiatrie nationale (261). Bien qu'Ivanov-Smolenski poursuit ses attaques afin de l'écarter des responsabilités, Giliarovski reste protégé

⁷² Comme pour l'interdiction de la psychanalyse, les psychiatres communistes français vont suivre les décisions soviétiques. Si, en France, la référence aux travaux américains en faveur de la leucotomie est la norme, les psychiatres communistes sont parmi les seuls à critiquer la leucotomie à partir de l'argument d'autorité soviétique. Carlos Parada, *Toucher le cerveau, changer l'esprit. Psychochirurgie et psychotropes dans l'histoire des transformations technologiques du sujet*, Presses Universitaires de France, 2016, p. 58.

en grande partie grâce à son combat pour la lutte contre la lobotomie. « Dans le contexte institutionnel du stalinisme tardif, résume Zajicek, l'opposition à la lobotomie était liée à des conflits entre professionnels sur le contrôle des maigres ressources institutionnelles ainsi que sur les principes de la pratique médicale. Les psychiatres soviétiques n'étaient pas seulement les "victimes de la terreur", ils en étaient aussi bien les bénéficiaires que les acteurs faisant carrière au sein d'un système où le pouvoir était établi en attirant les autorités idéologiques dans le but d'exclure d'autres professionnels de la communauté. Le Parti communiste a rendu impératif que les psychiatres défendent leurs pratiques en tant que patriotes, matérialistes, pavloviens et non occidentaux, mais ce sont les psychiatres eux-mêmes qui ont utilisé des insinuations xénophobes et antisémites pour présenter leurs adversaires comme des ennemis. Lorsque la division scientifique du Parti communiste s'est intéressée à la psychiatrie, elle a constaté qu'elle était déjà divisée en factions et avec un schéma de lutte idéologique déjà existant, avec ses propres héros et méchants » (261).

2. Purger la psychiatrie

a) *Accusateurs et accusés*

Le mois d'octobre 1951 marque un véritable tournant autoritaire et la fin de l'autonomie scientifique de la psychiatrie. Comme l'écrit l'historien Benjamin Zajicek, dans le domaine de la psychiatrie soviétique, « les pressions idéologiques de l'époque ont transformé les rivalités professionnelles existantes en conflits amers, les scientifiques ayant des programmes de recherche concurrents s'accusant non seulement d'erreurs scientifiques, mais aussi de déviations idéologiques, de manque de patriotisme et de corruption éthique » (261).

L'*Académie des Sciences médicales d'U.R.S.S.* et le *Conseil de l'Union Neurologique et Psychiatrique* se réunissent en une "session Pavlov" à la *Maison des Savants* de Moscou ; l'objectif de la réunion est de traquer les psychiatres « anti-Pavloviens, anti-Marxistes, idéalistes, réactionnaires » (19), sources de tous les maux de la psychiatrie soviétique, et d'institutionnaliser les enseignements de Pavlov dans ce que les soviétiques appellent la "nouvelle psychiatrie" (308). La réunion s'organise autour du principe des critiques suivies d'autocritiques.

Longue est la liste des spécialités qui viennent souligner l'apport majeur de Pavlov : neurologie, psychiatrie, psychologie, physiologie, mais également la diététique, la culture physique et la

thérapie thermique (22). La conférence affirme que « les enseignements de Pavlov doivent devenir le fondement de tout l'édifice de la médecine [...] et de tous les domaines de la science ». Il s'agit donc de « démasquer » ceux des « disciples de Pavlov qui n'ont pas suffisamment lutté ni fait front dans la défense de ses enseignements matérialistes contre les assauts réactionnaires » (22) des psychologues et physiologistes bourgeois occidentaux.

Après une introduction de Zukova-Verezhnikoa, Ivanov-Smolenski prononce le second discours de la session : rappelant le déroulement de la session de 1950, il souligne l'importance pour la médecine, et plus particulièrement pour la psychiatrie, de s'appropriier réellement les enseignements pavloviens (308), tant du point de vue théorique (activité nerveuse supérieure) que thérapeutique. Ivanov-Smolenski rappelle l'importance de l'autocritique pour les médecins soviétiques dans la voie vers l'amélioration de la science, conformément aux instructions « de notre chef génial, enseignant, et porte-drapeau de la science progressive et du travail pacifique, le camarade Staline » (308).

Après l'intervention d'Ivanov-Smolenski, Andreï Snejnevski, responsable de l'*Institut de psychiatrie légale* de Moscou, Oleg V. Kerbikov, chef du département de psychiatrie à l'*Institut médical* de Iaroslaval, Vasilij Banshchikov, directeur des *Éditions de littérature médicale* et Iaroslav Strelchuk de l'*Institut de l'activité nerveuse*, prennent la parole pour préciser l'ordre du jour. Ils se font les critiques du courant idéaliste ayant rejeté les théories de Pavlov : par sa faute, « les psychiatres progressistes n'ont pas pu intégrer la doctrine de I. P. Pavlov à la pratique et à la théorie de leur spécialité » (102). Grâce à la session de 1950, soulignent-ils, la victoire des théories de Pavlov est évidente ; il s'agit désormais de condamner les psychiatres "idéalistes" qui « s'isolent eux-mêmes de la masse des psychiatres construisant la psychiatrie soviétique à partir de fondements nouveaux et authentiques » (102). Comme le déclarent ces orateurs :

le progrès ultérieur de la psychiatrie clinique n'est possible que sur la base de la théorie de Pavlov. La clinique psychiatrique soviétique est un type de clinique principalement différent et devrait être basée sur la physiopathologie pavlovienne de l'activité nerveuse supérieure, en préservant la continuité avec les traditions cliniques de la psychiatrie russe progressive, mais sur de nouvelles bases [...] (246).

Snejnevski, Kerbikov, Banshchikov et Strelchuk attaquent nominaleme nt certaines des grandes figures de la profession, suspectes de ne pas avoir pleinement soutenu l'œuvre de Pavlov : Shmar'yan et Gurevich ont prétendu poursuivre les enseignements de Korsakoff ; imposture déclarent les accusateurs. Ils sont dénoncés comme ayant en réalité perverti la position marxiste - qui affirme que la conscience est la fonction du cerveau - en défendant la thèse selon laquelle les différentes parties du cerveau ont des fonctions différentes (308) ; sans tenir compte de l'influence du milieu, ils tentent de promouvoir l'œuvre de Freud et de Bergson. On leur reproche de s'être laissés accaparer par les questions cliniques et thérapeutiques, délaissant le champ théorique. « La "pathologie cérébrale" de Shmar'yan propageait des idées réactionnaires, des idées sans mérite, tout en se prosternant devant des réactionnaires étrangers » (308). Shmar'yan est désigné comme agent idéaliste, sa défense de la lobotomie étant le sommet de son action antisoviétique (261).

M. Ia. Sereiskii est attaqué pour avoir introduit au sein de la psychiatrie russe des vues idéalistes, à travers la racialisation de la psychiatrie, l'étude de l'étiologie génétique de la toxicomanie et pour avoir accepté les travaux de Kretschmer sur l'alcoolisme (308).

À Giliarovski, on reproche d'avoir tenté de nuire aux théories de Pavlov en les qualifiant, dans ses écrits, de mécanistes, similaires au behaviorisme et aux travaux réflexologiques de Bekhterev. On l'accuse également d'avoir validé l'existence des troubles psychosomatiques, concept de propagande américain. Usant de son autorité et de sa position, il a encouragé l'hostilité à l'enseignement de l'enseignement pavlovien (308).

b) Nouvelles autocritiques

Une fois les accusations lancées, c'est au tour des accusés d'adjurer leurs erreurs et faire, dans la "tradition" soviétique, une humiliante autocritique publique ; dénonçant leurs "croyances", ils doivent professer leur confiance absolue dans le seul enseignement de Pavlov (19).

Giliarovski, alors âgé de 77 ans, confesse une nouvelle fois ses égarements ; il regrette avoir été influencé par la psychiatrie occidentale, de ne pas avoir suffisamment critiqué les théories mendéliennes de l'hérédité et l'idéalisme en psychiatrie. Il s'accuse également de ne pas avoir compris toute l'importance des travaux de Pavlov (308). Il s'excuse pour la campagne qu'il a initiée en 1937 contre Ivanov-Smolenski (102) et reconnaît publiquement la supériorité de ses travaux.

M. O. Gurevich prend ensuite la parole (308) : il désavoue son travail antérieur et reconnaît n'avoir pas compris l'importance des travaux de Pavlov. Il regrette avoir écrit que la théorie pavlovienne de l'activité nerveuse supérieure ne pouvait expliquer la complexité de la pathologie psychotique. Autre erreur que Gurevich "confesse", celle d'avoir défendu que les fonctions cérébrales correspondent à des champs anatomiques délimités, hypothèse contraire à l'affirmation pavlovienne de l'unité et de l'intégration corticale. Gurevich regrette d'avoir été inspiré par la psychiatrie occidentale, Kraepelin en tête, et de ne pas avoir suivi les travaux initiés par S.S. Korsakoff. Élève de Bekhterev, il déclare qu'il aurait dû suivre :

le chemin progressif de la science nationale qui a été créée par notre grande école physiologique, en particulier par I. P. Pavlov, qui a théoriquement et philosophiquement atteint la réalisation ultime de la connaissance humaine – la théorie épistémologique marxiste-léniniste – qui a créé une [nouvelle] époque en médecine (308).

C'est, souligne Gurevich, de ne pas avoir saisi que la théorie de Pavlov fournissait une base matérialiste à la psychiatrie qui a été à l'origine de ses erreurs. Le psychiatre souligne une fois la gravité de celles-ci, car, figure d'importance de la psychiatrie nationale, il a exercé une influence pernicieuse sur la jeune génération de praticiens. Gurevich conclut son intervention par l'affirmation que la psychiatrie soviétique nécessite une restauration en profondeur afin d'intégrer les principes pavloviens et d'articuler clinique et recherche.

Quand vient son tour, Sereiskii reconnaît ses erreurs et tente de les recontextualiser : il critique l'influence de la psychiatrie occidentale sur la psychiatrie russe. Conséquence de cette influence, une partie de la psychiatrie russe n'a pas été capable de se développer sur des bases matérialistes et dialectiques au profit d'un appauvrissant éclectisme théorique et pratique. Sereiskii se reconnaît dans une telle description : en refusant de critiquer suffisamment l'idéalisme bourgeois scientifique, il est tombé dans les méandres tissés par Mendel et Weismann et, en psychiatrie, par Kraepelin et Kretschmer. Ignorant les théories de Lyssenko, Sereiskii se reproche d'avoir affirmé l'existence d'une prédisposition génétique à la toxicomanie au lieu d'avoir défendu l'influence déterminante du milieu : à cause de son erreur idéologique, il n'a pas vu que la toxicomanie est la conséquence du système sociétal capitaliste. Il rejette également ses travaux psychomorphologiques, "satisfait" que la session l'ait autorisé à réaliser ses erreurs passées et la voie à suivre (308).

A. S. Shmar'yan se livre ensuite à son tour à l'autocritique. Adversaire historique d'Ivanov-Smolenski et de Giliarovski, il déclare que la présente session est un moment important dans la lutte contre l'influence de l'idéologie bourgeoise et valide les critiques d'Ivanov-Somlenski à son endroit. Il désavoue ses écrits dans lesquels il défendait que la voie tracée par Pavlov n'était qu'une voie parmi d'autres pour la psychiatrie soviétique et dit regretter les critiques qu'il avait adressés aux travaux d'Ivanov-Smolenski. Il critique également ses vues anti-pavloviennes reliant lésions cérébrales et régions cérébrales spécifiques ; refusant de comprendre le génie de Pavlov qui défendait la localisation fonctionnelle dynamique, il affirmait que la pathologie psychiatrique était reflet des localisations cérébrales. Rappelant le "génie scientifique" que Staline avait démontré dans son article sur la linguistique, Shmar'yan souligne que la science ne peut être politiquement neutre (308).

Le dernier jour de la session, le *Présidium* adopte une résolution formelle pour transformer la psychiatrie soviétique, ayant pour but la purge de ces influences idéalistes et la promotion d'une formulation matérialiste conforme à la théorie pavlovienne. Shmar'yan et Gurevich sont une nouvelle fois condamnés comme vecteurs de l'idéalisme en psychiatrie : on dénonce l'idéalisme de Shmar'yan et de sa théorie de la "pathologie cérébrale", tandis que Gurevich est déclaré ennemi de l'enseignement de Pavlov et propagateur d'idées pseudo-scientifiques anglo-saxonnes. Les autocritiques des deux psychiatres sont jugées insuffisantes. Giliarovski est également cité une nouvelle fois, coupable d'avoir déformé l'enseignement pavlovien. Shmar'yan et Gurevich adresseront une nouvelle autocritique, écrite cette fois-ci, afin d'assurer le *Présidium* de leurs regrets et volontés de changement (308).

3. La nouvelle psychiatrie soviétique

a) Une nouvelle génération

Après avoir jeté l'interdit sur les ennemis de la science prolétarienne, les organisateurs appellent officiellement à la fondation d'une « nouvelle psychiatrie soviétique », qui serait axée autour des deux piliers que sont la physiologie et les observations, cliniques et expérimentales, suivant la voie tracée par les travaux pavloviens sur l'activité nerveuse supérieure. Une nouvelle nosologie doit donc être fondée afin d'articuler la pratique avec la théorie de la localisation dynamique des fonctions cérébrales. Les thérapeutiques proposées doivent ainsi prendre en compte l'activité défensive physiologique du système nerveux et suivre les indications laissées par le grand Pavlov : sommeil prolongé, psychothérapie, ergothérapie, psychopharmacologie. Si toute la psychiatrie soviétique doit se réorganiser à partir de ces orientations, elle ne doit pas oublier de rester vigilante face aux points de vues hostiles aux théories neuropsychologiques et psychiatriques laissées par I. P. Pavlov (308). Dès lors, la psychiatrie soviétique se veut ouvertement influencée par la théorie pavlovienne⁷³ de stricte obédience (102).

L'école scientifique des études cérébrales (neurologie et psychiatrie) est paralysée pour les décennies à venir : les seules tendances autorisées, dans les pas de Pavlov, sont dans les directions esquissées par A. S. Shmar'yan - sur la fonction des structures corticales et sous-corticales - et par A. R. Luria - sur la localisation lésionnelle corticale des troubles (19). Les principaux « rivaux » dans le domaine des neurosciences (Orbeli, Beritashvili, Stern, Speransky, Anokhin) sont rejetés comme d'affreux réactionnaires, anti-matérialistes et anti-pavloviens. Shmar'yan est dépouillé de ses dernières fonctions et cesse sa carrière (261). Forcés à démissionner, certains d'entre eux sont torturés en prison (19). En 1952, l'hôpital *Preobrajenski*, trop marqué historiquement, devenu en 1919 le 1^{er} hôpital psychiatrique de Moscou, est rétrogradé comme 3^e hôpital psychiatrique (41). Débute le règne de la *Pseudo-Science*.

La recherche est ouvertement orientée par des non-scientifiques, qui, au nom d'une idéologie politique, fixent la "droite ligne". Les scientifiques sont encouragés à dénoncer leurs confrères aux pensées hétérodoxes, véritables hérétiques de la doxa marxo-léniniste.

⁷³ Helen Lavretsky rapporte que certains savants stigmatisés seront ensuite condamnés à des peines de prisons, d'autres au transfert dans les camps de travail (Helen Lavretsky, *The Russian Concept of Schizophrenia : A Review of the Literature*, *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 24, No. 4, 1998) ; Gregory Dufaud, dans un article très fouillé, n'évoque pas cette dérive (Grégory Dufaud, *Quel usage des thèses pavloviennes en médecine ? Schizophrénie, incertitudes scientifiques et psychiatrie en union soviétique*, *Cahier du monde russe*, 2015/1, Vol. 56, pp. 199-233).

Les membres de la "session commune" jouent une véritable fonction d'inquisiteurs ; c'est largement parmi eux (A. Snejnevski, O. V. Kerbikov, V. Banshchikov, I. Strelchuk) que les cadres de la psychiatrie post-purge seront désignés.

Snejnevski quitte son poste à l'*Institut de psychiatrie légale* pour occuper une chaire de psychiatrie, devient rédacteur en chef de la principale revue psychiatrique d'U.R.S.S., le *Korsakoff Journal de Neurologie et de Psychiatrie* (102) poste jusqu'alors occupé par Shmar'yan, et est nommé à l'ancien poste de Giliarovski comme directeur de l'*Institut de psychiatrie* (261), Comme l'écrit l'historien Jean-Jacques Marie, une fois son arrivée entérinée à la tête du *Korsakoff Journal*, Snejnevski « nettoie de ses éléments cosmopolites la rédaction de la revue mensuelle soviétique de psychiatrie » (320). « La session commune, conclut Lavretsky, a été un précurseur des futurs abus de la psychiatrie en U.R.S.S. Une invisible barrière morale a été franchie une fois pour toutes ; tout devenait possible » (19).

Il importe de souligner que, selon certaines études récentes (246) (102), cette réorientation paradigmatique n'a été politique que dans une moindre mesure. Le choix de la voie pavlovienne adopté par les psychiatres est aussi un choix des psychiatres eux-mêmes : théorie physiologique, elle offre à la psychiatrie l'assise scientifique et matérialiste recherchée par les médecins. « Pour nombre de psychiatres, écrit Dufaud, les thèses pavloviennes représentent le moyen de renforcer son régime épistémologique grâce à la pathophysiologie de l'activité nerveuse supérieure » (102).

b) Une nouvelle répartition des pouvoirs

Lors des décennies suivantes, la nouvelle école moscovite, désormais dirigée par le Pr Snejnevski et ses confrères, s'attelle à affiner le concept et la nosologie de la schizophrénie.

L'effort de recherche est largement axé autour de deux objectifs : étudier soigneusement la clinique des patients en fonction des âges et bâtir des sous-groupes de malades homogènes propres à être étudiés en fonction leurs caractéristiques biologiques (19). Croulant sous une énorme quantité de données, il est difficile pour la psychiatrie soviétique de répondre définitivement à ses objectifs initiaux mais n'hésite toutefois pas à conclure et proposer sa propre conception.

Snejnevski publie ses travaux sur le "spectre" des maladies mentales ; ses théories connaîtront une large diffusion, amplifiée par la caisse de résonance qu'est la revue *Korsakoff Journal de Neurologie et de Psychiatrie*.

Avec la mort de Staline (1953), la psychiatrie russe évolue dans un sens nouveau : le mitchourinisme obligatoire est abandonné tandis que l'apport de Pavlov, même s'il reste central, est minimisé. Comme l'écrit le psychiatre français Léon Chertok qui s'est longtemps engagé pour le rapprochement entre la psychiatrie soviétique et occidentale, « les Occidentaux ont [...] tendance à considérer qu'en Union soviétique tout est monolithique, et que derrière ce qui avait les apparences d'une tension, se cachait en réalité un complot, que tous les Russes étaient des marionnettes, chacun jouant un rôle bien défini. C'est complètement faux. Il y a toujours eu des luttes en Union soviétique, mais il est parfois difficile de saisir les formes qu'elles prennent. [...] Les Russes eux-mêmes ont admis que les diagnostics étaient différemment posés à Moscou et à l'*Institut Bekhterev* de Leningrad. Petit à petit, on a compris qu'il y avait opposition entre deux groupes : d'un côté, les psychiatres, avec Snejnevski, et, de l'autre, les psychologues et les philosophes, avec Bassine et Cherozia ; les premiers insistaient sur la dimension organique, génétique, des phénomènes mentaux, les seconds réintroduisant une forme d'inconscient en psychologie » (329).

On assiste à une tentative de certains psychiatres, comme celle du Pr V. N. Miassichtchev (1893-1973) de Leningrad (319) (*Personnalité et névrose*, 1960), de fonder une psychodynamie fondée sur la biographie et le vécu, se rapprochant des positions phénoménologiques et existentielles autorisant la réhabilitation (100). L'école de Leningrad, face aux tendances biomédicales de l'école moscovite, défend petit à petit une approche plus personnelle de la pathologie, proche de l'individu, s'intéressant aux méthodes psychothérapeutiques, aux facteurs psychosociaux dans les questions étiologiques et diagnostiques.

L'école ukrainienne de Kiev rejette également les concepts nosographiques du Pr Snejnevski (19). Ces écoles alternatives n'ont toutefois qu'une influence mineure sur la psychiatrie soviétique face à celle de l'ogre moscovite.

Malgré l'émergence progressive d'une pensée divergente, la « nouvelle psychiatrie soviétique » née de la session scientifique de 1951 reste vivante (330). En 1968, soit treize ans après la mort du dictateur, le psychiatre A. G. Galachyan, chercheur à l'*Institut de psychiatrie* de Moscou, écrit que :

La base théorique de tous les psychiatres soviétiques, la philosophie du matérialisme dialectique et, dans la science biologique, la théorie physiologique de l'activité nerveuse supérieure de I. Pavlov ont uni tous les travaux de recherche et l'ont canalisée dans une seule tendance méthodologique (308).

IV. Le renouveau de la psychiatrie russe (1951-1980)

A. *La psychiatrie poststalinienne*

1. La fin du pavlovisme triomphant

a) *Persistance des troubles mentaux et société socialiste : l'échec théorique du pavlovisme*

La grande force de la théorie pavlovienne pour la pensée soviétique des années 30-50 est son affirmation selon laquelle le comportement humain est de nature plastique, directement impacté par le monde environnant ; conception scientifique validant les thèses de Marx qui établissent que les maux sociaux sont conséquences de l'exploitation de classe : l'émergence du socialisme devrait donc, théoriquement, répondre à une large part de la problématique psychiatrique. Fort du travail théorique et thérapeutique de Pavlov, les psychiatres soviétiques peuvent ainsi se faire les agents révolutionnaires du changement.

Malgré ces espérances, la persistance des troubles malgré la construction du socialisme ne reçoit pas d'explication théorique dans le cadre de la pensée pavlovienne. Si l'espoir de la réalisation d'un véritable socialisme dans les débuts de la période Khrouchtchev a pu réactiver cette croyance de corrélation entre socialisme et disparition des troubles psychiques, la réalité vient rapidement mettre y mettre un terme. À la fin des années 1950, le pavlovisme semble perdre de son éclat comme facteur explicatif global ; pour les psychiatres soviétiques, il garde un intérêt sur le plan individuel, mais ces derniers décrivent des cas dans lesquelles une "contamination" de l'environnement n'a pu être relevée.

La révolution paradigmatique de la psychiatrie soviétique se fait parallèlement à celle de la psychiatrie occidentale. Les découvertes des premiers neuroleptiques et de leurs effets remarquables sur l'évolution des troubles psychiatriques bouleversent la psychiatrie mondiale en général (309), soviétique en particulier (331). La schizophrénie se pense désormais comme un mystère biochimique, ce qui pousse nombre de chercheurs à soulever la question de la prédisposition génétique de la schizophrénie.

En U.R.S.S. il en va autrement. « À la fin des années 1950, écrit G. Bloche, les approches génétiques de la schizophrénie n'ont guère progressé officiellement au sein de la psychiatrie

soviétique. Jusqu'à la défroque de Lyssenko au début des années 1960, une intense animosité envers les idées héréditaires imprégnait l'establishment scientifique soviétique. [...]. Les psychiatres soviétiques ont continué à rendre hommage à Pavlov. Mais le succès du traitement médicamenteux de la schizophrénie, ainsi que l'incapacité de la théorie pavlovienne à expliquer la persistance d'une myriade de maux sociaux, suggérait que le paradigme pavlovien seul était inadéquat. Puisque ce paradigme était l'incarnation scientifique du rêve marxiste que tous les maux disparaîtraient avec la création du socialisme, cette inadéquation avait une signification politique fondamentale » (331). Les dirigeants soviétiques sont bien conscients de cet épineux problème, qui relève d'importantes implications théoriques dans la fondation d'une société socialiste.

b) *Politique et psychiatrie : Khrouchtchev et Snejnevski*

Nikita Khrouchtchev bouleverse les conceptions sur l'origine profonde des comportements déviants communément admises en Union soviétique (1959) : autrefois, l'ennemi, le déviant de la société communiste, c'était l'ennemi de classe ; après l'intervention du dirigeant soviétique, le déviant revêt une forme nouvelle. Certains actes dissidents, déclare-t-il, ne sont pas les conséquences de la lutte des classes et de l'exploitation capitaliste, mais les manifestations « d'esprits anormaux » ; il déclare :

Peut-il y avoir des maladies, des troubles nerveux chez certaines personnes dans la société communiste ? Évidemment, il peut y en avoir. [...]. À ceux qui pourraient commencer à appeler à l'opposition au communisme sur cette "base", nous pouvons dire que maintenant aussi, il y a des gens qui luttent contre le communisme [...], mais il est clair que l'état mental de ces gens n'est pas normal (331).

Cette déclaration de Khrouchtchev détient en puissance les origines de l'évolution de la psychiatrie soviétique, invitée implicitement à considérer la schizophrénie non seulement comme une pathologie héréditaire, et non plus seulement environnementale, mais comme étant également à l'origine de désordres sociaux.

La personnalité médicale qui saisit le mieux l'évolution théorique en cours est Andreï Vladimirovich Snejnevski ; ayant su gravir rapidement les échelons de la psychiatrie soviétique

des années 1940 à 1950, il est, selon la formule de Walter Reich, « un produit prototypique de la vie soviétique stalinienne et poststalinienne [...] capable de survivre à des changements et des feintes dans la théorie et le pouvoir et de s'imposer, tandis que d'autres, moins habiles que lui dans les manœuvres organisationnelles ou dans la détection des loyautés politiques et idéologiques les plus avantageuses, ou ayant plus de principes, ont perdu leur importance ou se trouvés dénoncés, purgés ou pire encore » (332).



Figure 39 : Andreï Vladimirovitch Snejnevski (1904-1987)

Né en 1904 à Kostroma, Snejnevski est diplômé de la faculté de médecine de Kazan en 1925 avant de retourner exercer la psychiatrie dans l'hôpital de sa ville natale. Médecin-chef de l'hôpital de Kostroma de 1932 à 1938 (333), il est repéré par Lev Rosentsein en 1933 qui l'engage au sein de son *Institut* (258). En 1938 Snejnevski devient associé scientifique principal de l'*Institut Gannuchkine* de Moscou, poste qu'il occupe jusqu'en 1941. Psychiatre en chef de la Première armée durant la guerre, il poursuit son ascension. Après le second conflit mondial, il travaille comme chargé de cours à la faculté de psychiatrie et devient directeur de l'*Institut* (333). En 1962, A. Snejnevski est nommé au poste le plus élevé de la psychiatrie soviétique, directeur de l'*Institut de Psychiatrie de l'Académie des Sciences médicales* ; il occupe, de manière incontestée, et ce jusqu'à sa mort, la première place de la psychiatrie soviétique. « La théorie de Snejnevski elle-même, écrit Bloche, n'est pas aussi remarquable que son triomphe politique » (331).

Il profite de sa position – et de l'ambiance gouvernementale favorable – pour renverser les postulats lyssenkistes sur la question de l'hérédité, défendant une théorie du spectre génétique de la schizophrénie ; son influence est immense : ses travaux impactent de façon décisive la psychiatrie soviétique.

Son autorité dissémine, non grâce à des méthodes coercitives, mais par infiltration : de sa position, il façonne le contenu des publications, décide des programmes d'enseignements, alloue les fonds de recherche, distribue ou refuse les honneurs. Comme vu plus haut, il dirige la plus grande revue psychiatrique du pays, le *Korsakoff Journal*, et forme, entre 1940 et 1950, en tant que professeur universitaire et comme président du *Département central Postdoctorant de Psychiatrie*, un grand nombre des futurs dirigeants de la psychiatrie nationale. Il dirige un temps l'*Institut Serbski*, impactant également la pratique médico-légale du pays. Au milieu des années 1970, la pensée de Snejevski fonde l'approche psychiatrique soviétique standard ⁷⁴ (331).

Personnage très controversé, impliqué activement dans les abus politiques de la psychiatrie, proche des autorités soviétiques, il est souvent décrit comme un homme modeste et humble, bon clinicien, loin de la figure de l'*apparatchik* conventionnel. C'est un « scientifique talentueux, dont le but dans la vie était clairement de trouver la vérité scientifique, et en même temps il [est] un politicien amoral, qui mit cette même vérité au second plan des demandes des autorités. [...] Une telle soumission a été le prix qu'il a dû payer pour la position de leadership de lui-même et de son école » (333).

⁷⁴ En 1914 le psychiatre Vikotr Gindilis a publié anonymement dans le *samizdat* un article résumant la démarche scientifique pour publier un article : « "Avant d'écrire un article, il faut passer par une phase de préparation pas très difficile mais intensive. L'idéal serait que l'auteur parvienne à trouver un emploi de chercheur à l'institut de psychiatrie de l'académie des sciences médicales de l'U.S.S.R., car les chances de succès seraient alors bien meilleures. [...] Essayez de vous mettre dans une humeur particulière, ou, comme disent les acteurs, dans la condition d'"inspiration scénique". Pour ce faire, il faut se remplir temporairement de sainte inquiétude pour la grande doctrine développée par A.V. Snejevski et ses collaborateurs.

L'essence de ce " nouveau testament " est la suivante : il y a bien longtemps, bien longtemps, quand rien n'existait sur cette terre, y compris la terre elle-même, il n'y avait qu'une seule schizophrénie. Personne ne pouvait la voir car elle était " obscurcie ", " masquée " ou " latente " [...]. Tous les patients [...] étaient, naturellement, schizophrènes, bien que les similitudes entre eux ressemblaient aux similitudes entre une broche de femme et une toilette ordinaire, mais tous avaient une chose en commun : ils avaient le même " processus ". Ce processus avait juste varié en cours, manifestations, apparition et résultat, il avait différentes causes et différents mécanismes, mais ces petites choses ne devraient pas vous décourager, mon jeune ami. Gardez à l'esprit que votre tâche principale est de faire publier votre produit dans le *Journal de Korsakov*. Ainsi, la schizophrénie est partout. Ni névrose, ni psychopathie, ni psychose réactive, ni chaises, ni divans, ni chats ni chiens n'existent par eux-mêmes. Découvrir ces masques, découvrir « l'environnement de développement », ce sont les actes nobles des chevaliers de la psychiatrie, qui ont déjà accompli tant de choses que les médecins ne sont plus capables de les nommer d'eux-mêmes. [...] Apprenez à aimer et à utiliser des mots capacitifs et informatifs tels que "atypique", "pseudo-" et "semblable". Par exemple, " pseudocyclothymique ", " pseudopubertaire atypique ", " névrotique " et " psychopathique ", " pseudo-oligophrénique ", etc. [...] Tout en appelant quelque chose de « pseudo-» ou « semblable », vous devriez formellement (seulement formellement) reconnaître la présence de l'autre partie, mais afin de souligner que ce que vous voulez vraiment dire est schizophrénie, une comparaison avec certaines caractéristiques idéales et non-existantes est nécessaire. Il importe peu que la véritable psychopathie, la névrose ou la psychose maniaco-dépressive passe du domaine de la pathologie mentale au domaine normal, voir surnormal. Alors vous aurez plus de raisons de supposer que la schizophrénie est la seule chose existant en psychiatrie. [...] Cependant, ne soyez pas surpris si, par hasard, vous voyez votre article avec vos fautes d'orthographe dans notre journal, mais sans votre nom en tant qu'auteur. de toute façon, peu importe qui est l'auteur, puisque l'auteur est en fait toujours le même » (333).

2. La nouvelle psychiatrie soviétique

a) *Repenser la sémiologie psychiatrique*

Bien que se plaçant dans l'héritage de Pavlov (126), Andreï Snejnevski modifie l'approche clinique de la psychiatrie soviétique.

La théorie de Snejnevski classe les symptômes de la maladie psychotique en trois grands groupes, classification calquée analogiquement à partir de la physiologie des arcs réflexes (19). Sont ainsi décrits le groupe des symptômes sensoriels "afférents" - incluant les sensations corporelles (métamorphopsies, déréalisation, sensation d'irritation) -, le groupe des sensations intrapsychiques (dépersonnalisation, troubles affectifs, T.O.C., illusions et hallucinations intrapsychiques, signes d'amnésies) et le groupe des symptômes sensoriels "efférents" (troubles volitionnels, moteurs, attentionnels, impulsifs et sexuels ainsi que les perturbations du sommeil et les troubles autour de la question du genre) (19).

Chaque symptôme est ensuite complété par l'adjectif "signe positif" ou "négatif" en fonction de son influence sur les fonctions mentales. Il est intéressant de noter que Snejnevski est le premier auteur en psychiatrie à utiliser explicitement dans le champ d'étude de la schizophrénie la distinction entre signes négatifs et signes positifs (1968), dénominations héritées de la neurologie (334). Son travail est repris par Strauss et *coll.* (1974), établissant définitivement cet apport sémiologique⁷⁵ dans la pensée psychiatrique (335). Si Strauss et *coll.* reprennent ce concept à Snejnevski, ils remettent en question la réalité du diagnostic de "schizophrénie latente" (*sluggish*) ; fait d'importance : D. Malaspina et *coll.* croient voir dans ce rejet l'origine de la nécessité, pour poser le diagnostic de schizophrénie à partir du D.S.M.-5, d'exiger qu'au moins un symptôme présent soit un symptôme positif (336).

⁷⁵ « Strauss et *al.* (1974) [...] ont regroupé trois dimensions symptomatiques pouvant être sous-tendues par différents processus : - On a dit que les symptômes positifs reflétaient une réaction non spécifique à une variété de causes organiques, psychologiques ou familiales, qui peuvent aussi être transitoires ; 2- Les symptômes négatifs reflètent un processus primaire et sont plus susceptibles d'être chroniques ; 3- Les troubles relationnels qui influencent l'issue des symptômes positifs et négatifs. C'est à la suite de l'article historique de Strauss, dans lequel les symptômes négatifs étaient séparés en un domaine différent par rapport aux symptômes positifs, que la résurgence de l'intérêt pour les symptômes négatifs a été précipitée. Strauss a suggéré que les symptômes négatifs avaient tendance à être associés à la " chronicité " qui soulignait leur importance pronostique. De plus, ces auteurs ont été les premiers à suggérer l'idée de symptômes primaires et secondaires négatifs qui a été formalisée quelques années plus tard en 1988 par Carpenter qui a décrit la schizophrénie déficitaire ». (Sonia Dolfus, Jhon Lyne, *Negative symptoms : History of the concept and their position in diagnosis schizophrenia*, Schizophrenia Research, vol. 186, 2017, p. 5).

Le concept russe des signes négatifs est largement inspiré des travaux du neurologue anglais J. Hughlings Jackson (1931) : ces signes négatifs peuvent être indétectables cliniquement, mais sont néanmoins nécessaires au développement des signes positifs. Ce sont ces signes négatifs qui provoquent la détérioration fonctionnelle des patients. C'est ainsi que le Pr Lunz pourra dire que la schizophrénie peut être présente *théoriquement* chez un sujet, sans l'être *cliniquement* (289).

Le Pr Snejnevski, dans son *Clinical psychopathology* (1983), décrit, pour les signes positifs et négatifs, dix états classés en fonction de leur sévérité [Tableau 1]. À partir de cette théorie, un signe négatif est facteur prédictif d'un signe positif de niveau correspond. Il existe ainsi une unification de la clinique psychiatrique, établissant un *continuum* entre pathologies névrotiques et psychotique dans une relation de gravité, mais non d'essence (19).

Niveau	Symptômes positifs	Symptômes négatifs
X	-	Marasme
IX	Signes psycho-organiques	Démence
VIII	Épilepsie	Amnésie
VI	Paramnésie	Régression de la personnalité
VI	Délire	Affaiblissement fonctionnel
V	Paraphrénie, Catatonie, Paranoïdie	Affaiblissement volitionnel et énergétique
IV	Paranoïa, Hallucinations verbales	Discordance de la personnalité (incluant la "scission")
III	Troubles névrotiques (troubles obsessionnels et compulsifs, hystérie, dépersonnalisation)	Modification objective de la personnalité
II	Troubles affectifs (dépression, manie)	Modification subjective de la personnalité
I	Désordres hyperesthésiques émotionnels	Asthénie (Neurasthénie)

Tableau 2: Relation des syndromes psychopathologiques positifs et négatifs avec les entités nosologiques selon Andreï Vladimirovich Snejnevski (19)

b) *Origines du concept de schizophrénie latente*

En introduisant son concept des *groupes des schizophrénies* (1911), Bleuler réintroduit l'approche psychologique, largement inspiré par la psychanalyse naissante⁷⁶, dans la nosologie psychiatrique, essayant de répondre à l'objectivisme kraepelinien. Le suisse s'attelle à répondre aux insuffisances théoriques de la démence précoce, particulièrement devant la constatation que l'évolution vers la démence – la *Verblödung* – n'est pas systématique (165). La clinique de cette nouvelle entité est bâtie autour de trois signes cardinaux, signes fondamentaux :

1. Un relâchement des associations (*Lockerung*) entraînant un trouble de la pensée.
2. Une perturbation de la sphère affective, pouvant aller jusqu'à toucher l'instinct de conservation.
3. Un autisme et une étrangeté du contact avec l'ambiance.

Les autres manifestations, signes à partir desquels Kraepelin avait établi ses formes cliniques, ne sont, pour Bleuler, que des données accessoires caractérisant les degrés divers de la maladie. La vision bleulérienne autorise donc à observer des formes schizophréniques démentielles et non démentielles (165).

Bleuler s'essaye ensuite à fixer la nature exacte des troubles primaires : pour le suisse, ces troubles peuvent être décrits comme étant :

une perturbation des associations [...] dans la mesure où il s'agit
d'un abaissement ou d'un nivellement des affinités associatives
(337).

C'est à partir de ce relâchement premier, à l'origine d'une difficulté de synthétisation mentale chez le malade, qu'une symptomatologie secondaire, plus bruyante, va poindre.

⁷⁶ « La connaissance des mécanismes psychologiques, découverts par Freud, se montre particulièrement importante ici [...]. Tous ces mécanismes freudiens, soit le déplacement des facteurs affectifs, le symbolisme, la condensation, se retrouve dans la schizophrénie. Il en est de même quant au rôle prédominant de la sexualité. [...] ». Si Bleuler est inspiré par la dynamique initié par Freud, il importe de souligner qu'il ne s'inscrit pas en droite ligne de ses travaux : « Je suis un adepte des conceptions de Freud. Mais je ne puis admettre sa théorie de l'évolution de l'instinct sexuel et encore moins celle de l'origine purement psychogène de la schizophrénie. Il n'y a qu'une partie des symptômes qui soient psychogènes, et ce sont les symptômes les plus apparents ; mais ils sont loin d'être les manifestations essentielles et primitives du processus schizophrénique » (cf. E. Bleuler, cité par Jean Garrabé, *Histoire de la Schizophrénie*, Médecine et Histoire, Éditions Seghers, Paris, 1922, p. 115).

La presque totalité de la symptomatologie jusqu'ici décrite dans la démence précoce est secondaire et, dans un certain sens, fortuite ; c'est pourquoi la maladie peut exister pendant si longtemps sans symptômes (337).

Comme le souligne Paul Bercherie, dans la conception bleulérienne, « il ne faut pas [...] confondre l'opposition des symptômes primaires et des symptômes secondaires avec celle des symptômes fondamentaux (troubles associatifs, affectifs, volitifs, comportementaux, autisme, "démence" spécifique) et des symptômes accessoires (états aigus, délires, hallucinations, troubles mnésiques, syndrome catatonique, symptômes somatiques). Certains symptômes accessoires (états maniaco-dépressifs, confusionnels, troubles somatiques) font par exemple partie des troubles primaires, tandis que la majeure partie des symptômes fondamentaux sont de genèse secondaire. [...]. L'analyse [que Bleuler] propose aboutit en effet à une conception dont les caractéristiques essentielles sont d'être synchronique (d'où le passage au second plan du critère évolutif et la notion de schizophrénie aiguë) et psychologique (d'où la grande extension de la notion [...]) » (337).

Chez Bleuler, les manifestations symptomatologiques s'effacent devant la conception psychopathologique, établissant les schizophrénies comme des processus pathologiques pouvant se décliner sous des aspects cliniques variés, mais possédant toutes une structure analogue.

Jusqu'ici, nous n'avons pu découvrir de cloisons naturelles dans le tableau clinique de la maladie. Les diverses combinaisons symptomatiques sont d'une nature si transitoire, chez chaque patient pris individuellement aussi bien que chez des patients différents, que toutes les distinctions apparaissent vagues (337).

Bleuler propose toutefois des "groupements symptomatiques" sur des bases statistiques, au final relativement proches des subdivisions établies par Kraepelin. C'est ainsi qu'il décrit une forme paranoïde, une forme catatonique, une forme hétéroclite et une forme simple.

Cette dernière forme est pour Bleuler la plus fréquente hors des asiles et est utile pour désigner un ensemble hétéroclite de présentations : "nerveux", "psychopathes", "dégénérés", alcooliques, vagabond, excentriques, etc. (337). Bleuler propose le terme de *schizophrénie latente* pour

désigner cette présentation, tout en spécifiant que le diagnostic de schizophrénie ne peut être établi qu'en présence de signes psychotiques francs. Ce diagnostic de schizophrénie latente peut seulement être évoqué de manière rétrospective, en étudiant le passé des patients schizophrènes, chez lesquels on retrouve régulièrement des prodromes, signant la préexistence de la pathologie sous une forme latente (165).

Je suis convaincu que [la schizophrénie latente] est la forme la plus fréquente. [...]. Les gens irritables, bizarres, moroses, repliés ou exagérément ponctuels éveillent, entre autres choses, le soupçon d'être schizophrène. On découvre souvent chez eux un symptôme catatonique ou paranoïde dissimulé et des exacerbations dans le cours de leur vie démontrent que toutes les formes de la maladie peuvent passer par une phase de latence (337).

Cette conception large de cette schizophrénie sans symptômes que propose Bleuler permet de lui rattacher nombre d'états atypiques, à l'origine de l'extension du concept dans le savoir psychiatrique occidental jusqu'à la Seconde Guerre mondiale.

Gregory Zilboorg parlera d'*ambulatory schizophrenia* tandis que d'autres évoquent des états prépsychotiques ou préschizophréniques, validant par là l'admission de ces tableaux cliniques dans la sphère de la schizophrénie, tout en considérant cette appartenance en rapport avec l'évolution présumée des troubles (165).

En 1949, Hoch et Palatin proposent le terme de "schizophrénie pseudo-névrotique" pour décrire les états d'allure névrotique, mais faisant partie de la schizophrénie (165), tandis qu'en 1951, Henri Ey propose le terme de "schizonévrose" (165).

Le trouble *borderline*, décrit par A. Stern en 1938, recouvre partiellement ces descriptions psychiatriques. Les troubles de la personnalité schizotypique et schizoïde doivent également beaucoup aux travaux précédents (338).

c) *Snejnevski et la schizophrénie latente*

Les travaux des années 1930 de Grounia I. Soukhareva sur la schizophrénie latente tombent dans l'oubli durant la période pavlovienne ; toutefois, comme le démontre Benjamin Zajicek, son concept est resté dans le savoir psychiatrique soviétique, permettant de caractériser tout un panel de concepts élaborés dans les années vingt sur les troubles limites (277). C'est ainsi, que dans une monographie sur la schizophrénie écrite par Aleksandr Perel'man (1944), la schizophrénie latente devient l'étiquette clinique utilisée pour toute :

forme légère et non exprimée de façon tranchante [où le psychiatre décelait] une perturbation de l'unité de la personne et un processus adjacent (277).

C'est cette vignette clinique, *vialotekouchtchaïa schizofrenïa*, qui va être remise au goût du jour par Andreï Snejnevski. Si Soukhareva avait défendu le concept contre celui de Rosentein et de sa schizophrénie légère, coupable d'étendre à l'infini le concept de la pathologie et source de diagnostics arbitraires, la généralisation de la schizophrénie latente en U.R.S.S. ressemble en réalité à une victoire de l'approche de Rosentein.

En Union soviétique la schizophrénie est considérée comme étant la pathologie mentale la plus importante en raison de sa prévalence et de sa sévérité. Il s'agit, pour l'école psychiatrique soviétique poststaliniennne, d'une pathologie génétique, pouvant être déclenché par des facteurs exogènes de stress (Zhislin 1965 ; Shchirina, Vartanyan 1968) (19). La part génétique a donc valeur de vulnérabilité. Au niveau clinique, les soviétiques considèrent la schizophrénie comme une pathologie mentale endogène à évolution progressive, caractérisée par une modification de la personnalité associée à une désorganisation psychique ; les signes positifs exprimés lors de la maladie sont variés et aboutissent à un déficit fonctionnel important (19).

Durant la guerre froide, la psychiatrie soviétique défend une classification de la schizophrénie particulière, organisée autour de la question de l'évolution : « Le modèle soviétique de la schizophrénie, écrit Helen Lavretsky, est basé sur l'idée que les spectres des troubles schizophréniques se distinguent cliniquement par leur évolution longitudinale, caractéristique fondamentale » (19).

Snejnevski va se pencher sur l'étude génétique de la schizophrénie, établissant son modèle à partir de travaux occidentaux. Pour le savant soviétique, la schizophrénie est divisible en trois groupes génétiquement distincts ; pour chaque groupe, peut se retrouver un vaste continuum de sévérité pathologique : pour Snejnevski, la gravité de la pathologie est soumise à l'influence de l'environnement tandis que la forme pathologique est déterminée par la génétique ; un cas léger d'une forme nosologique particulière peut évoluer en version maligne de la même forme (331).

La première forme clinique est la forme "*périodique*", ou "*récurrente*", caractérisée par la survenue brutale d'une crise psychotique, avec, possiblement, une symptomatologie thymique associée, suivie d'une rémission totale sans séquelles importantes.

La forme "*décalée*" (*shift-like*) caractérise des patients présentant des tableaux de décompensation psychotiques aigus dont les rémissions sont partielles, entraînant une dégradation progressive des fonctions psychiques.

Enfin, Snejnevski individualise la forme "*latente*", appelée aussi lente pour décrire des patients présentant des symptômes précoces, un développement constant et progressif, dont l'évolution se caractérise par une perte progressive des capacités psychiques. Les sous-types de la forme latente sont appelés forme "*latente*" (*sluggish*), "*modérément progressive*" (paranoïde) et "*maligne*". Cette forme est diagnostiquée chez environ 18 % des patients schizophrènes moscovites (339). Pensées débordantes, discordance de l'affect, apathie, plaintes neurasthéniques, perturbation thymique (dépressive ou exaltée) sont les principaux symptômes décrits dans cette forme de schizophrénie. Chez plus de quatre cinquièmes de ces patients est décrit un blocage de la pensée ; chez trois cinquièmes un manque de compréhension ; plus de la moitié ont des stéréotypies du discours (339).

À côté de ces trois formes principales sont décrites des formes intermédiaires, jugées plus rares (19). Chaque sous-groupe de la schizophrénie se présente selon un critère de gravité : légère, modérée ou sévère.

Pour les formes légères des types *shift-like* et *latentes*, Snejnevski souligne qu'il n'existe pas de manifestations psychotiques (331).

Dans l'édition de 1968 du manuel *Psychiatrie*, livre-référence pour la formation des jeunes psychiatres, co-écrit par O.V. Kerbikov, M.V. Korkina, R.A. Nadjarov et A.B. Snejnevski, la schizophrénie est caractérisée par :

la désintégration de la psyché et, en conséquence, un manque de

coordination entre ses activités et les stimuli extérieurs, qui apparaît dans le comportement du patient. Son comportement ne correspond plus aux conditions de sa vie et à la situation de son entourage, et devient excentrique et incompréhensible. Par exemple, un homme, qui est comptable de profession et qui n'a jamais manifestée le moindre intérêt pour la biologie ou la médecine, décide soudain de se rendre à une réunion de biologistes et essaie leur parler des origines de la matière organique. Ou un receveur de chemin de fer se met à demander aux voyageurs non seulement leurs billets, mais aussi leur certificat de mariage. [...] De telles bizarreries dans le comportement s'accompagnent d'un manque d'intérêt croissant pour toutes sortes d'activités et une perte des désirs normaux. De telles personnes quittent leur travail sans raison apparente, abandonnent leurs études, cessent de voir leurs amis et leurs parents, et passent toute la journée au lit, négligeant totalement leur aspect extérieur. La désintégration de la psyché, son dérangement, affecte à l'évidence les processus de la pensée et par conséquent la parole et l'écriture du patient. Sa grammaire peut rester relativement intacte, mais il n'existe plus de relations logiques ou de sens. On trouve dans sa phrase un sujet, un attribut et des propositions subordonnées, mais il est difficile, voir impossible de saisir le sens de ce qu'il dit ou écrit (126).

Le manuel fournit la liste de traits communs à toutes les formes de schizophrénies : « troubles émotionnels, apathie, perte de la sensibilité, insensibilité émotionnelle, hallucinations, automatisme, etc. ». La forme paranoïde est décrite comme :

caractérisée par la prédominance des illusions, souvent accompagnées d'hallucinations. Les illusions peuvent prendre plusieurs formes différentes : illusion d'avoir certaines relations, illusion de la jalousie et de la persécution, illusions entraînant des inventions ou des procès, hypocondrie ou mégalomanie. Bien que l'évolution d'un état paranoïde varie selon les cas, on doit noter qu'en règle générale les illusions ont tendance à se stabiliser pour de longues périodes et prendre des formes systématiques qui,

quoique progressivement, s'effondrent à mesure que les capacités intellectuelles du patient diminuent. À mesure que progresse la désintégration de la psyché, le système des illusions paranoïdes s'effondre aussi (126).

Cette « désintégration » psychique n'advient pas forcément directement ; dans certains cas, le stade de « schizophrénie débutante » dure un certain temps avant qu'apparaisse le stade de « l'imbécillité apathique », mimant une normalité que seul l'œil exercé du psychiatre peut remettre en doute.

En dépit des formes systématisées de ses illusions, le patient est en mesure de remplir ses obligations professionnelles pendant une longue période. Mais, en même temps, son comportement est souvent déterminé par la nature de ses illusions, ce qui peut le conduire à de dangereuses agressions contre des persécuteurs imaginaires et en même temps à des tentatives pour se défendre d'eux en faisant appel à différents organismes, à l'opinion publique, ou à les tourmenter de requêtes destinées à mettre en exécution ses idées ou ses projets illusoires. Le patient est fier, il a le sentiment de sa propre dignité, ils s'expriment de façon dogmatique et il est convaincu de la valeur immense de ses opinions et de sa propre infaillibilité (126).

Le danger de la théorie de Snejnevski ne tient, au final, pas tant dans sa nosologie ; c'est par sa tendance à étendre le domaine de la pathologie mentale, particulièrement de la schizophrénie. Citons le témoignage de Vladimir Boukovsky :

Je ne crois pas que Snejnevski ait créé sa théorie de la schizophrénie larvée spécialement pour les besoins du K.G.B., mais elle répondait extraordinairement bien aux nécessités du communisme khrouchtchévien. Selon cette théorie, cette affection socialement dangereuse pouvait évoluer avec une extrême lenteur, sans se manifester en aucune façon et sans affaiblir l'intellect du malade, et seul Snejnevski et ses élèves étaient capables de la diagnostiquer. Naturellement, le K.G.B. essayait de faire en sorte que les disciples du maître figurent le

plus souvent possible au nombre des experts commis aux affaires politiques et, progressivement, vers les années 70, Snejevski avait pratiquement assujéti toute la psychiatrie soviétique (340).

L'incidence de la schizophrénie en Union soviétique (1974) est relativement haute : 0,5-0,7 % à Moscou en 1974 (0,3-0,4 % à Londres lors de la même période) (276). Les divergences théorétiques ne sont pas seulement des disputes de spécialistes ; elles impactent également la vie des citoyens soviétiques. Nous allons tenter de saisir le particularisme soviétique sur la question, d'autant plus qu'elle nous sera utile pour appréhender sa dérive répressive.

Sur le plan épidémiologique, le Pr Wing rapporte en 1974 une incidence de 0,5-0,7 % à Moscou (276). Quelques années plus tard, la prévalence de la schizophrénie en Russie est estimée à 9,59 pour 1000 personnes (Zharikov 1983 ; Zharikov, Shumakov 1995). Les statistiques épidémiologiques des sous-groupes de la schizophrénie rapportent les résultats suivants : schizophrénie paranoïde, 1,81 ; schizophrénie maligne, 0,49 ; schizophrénie mixte, 3,32 ; schizophrénie récurrente, 1,05 ; schizophrénie indifférenciée, 0,06. En comparaison, la prévalence de la schizophrénie est de 2,5-5,3 pour 1000 en Europe occidentale (Jablensky, 1986) (19).

La *World Health Organisation*, évoquant dans un rapport (1978) le diagnostic russe de « schizophrénie latente » souligne :

Il n'est pas possible de produire une description généralement acceptable pour cet état. Il n'est pas recommandé pour une utilisation généralisée, mais une description nous est fournie pour ceux qui la jugent utile : un comportement excentrique ou inconséquent ainsi que des anomalies de l'affect qui évoquent le diagnostic de schizophrénie, bien qu'aucune anomalie schizophrénique définie et caractéristique, présente ou passée, n'ait été manifeste. Les termes indiquent qu'il est le meilleur emplacement pour classer d'autres variétés de schizophrénie mal définies (339).

Malgré son particularisme clinique, la nosologie psychiatrique soviétique se définit comme approuvant les classifications internationales de la C.I.M. 8, puis de la C.I.M 9, mais ne les utilisant pas directement. Il est difficile d'établir une corrélation entre les diagnostics "européens" et soviétiques (19).

Ainsi, dans *Psychiatrie*, manuel de référence, Snejnevski souligne que :

Le troisième Congrès des Neurologues et Psychiatres soviétiques a approuvé en 1963 le projet soviétique de classification des maladies mentales présenté à l'O.M.S. en vue de la 8^e révision de la Classification internationale de toutes les maladies. Les comités des experts ont attentivement examiné ce projet à côté d'autre. Il en est résulté la Classification internationale des maladies mentales [...] en vigueur depuis 1968 (126).

La psychiatrie soviétique s'attelle à décrire l'évolution naturelle des troubles schizophréniques. Neuf symptômes sont isolés, dont l'apparition marque graduellement l'aggravation de la maladie ; 1) asthénie 2) modifications affectives 3) signes pseudo-névrotiques 4) paranoïdie 5) hallucinations 6) hallucinations paranoïdes 7) paraphrénie 8) catatonie 9) stades résiduels (19).

Si l'influence de Snejnevski sur la schizophrénie est dominante, il existe quelques écoles de pensée autres (341). La plus importante se trouve être celle de la renaissance école de Leningrad situé à l'*Institut de recherche psychoneurologique Bekhterev*, qui défend une approche plus individuelle de la pathologie mentale, travaillant sur les questions de psychothérapies de groupes et individuelles ; ces techniques resteront toutefois confidentielles en Union soviétique (341). La principale figure de cette école est Andreï Yevgenyevich Lichko (1926-1994) qui dirige l'*Institut Bekhterev*. Il crée sa propre typologie de la personnalité, inspirée des travaux de P. B. Gannushkin et de l'allemand Karl Leonhard. Durant les années 1980, il permet la renaissance de l'ancienne revue *Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology* ; il en sera le premier rédacteur en chef.

La psychologie russe, mise à mal par les contraintes staliniennes, est réhabilitée au cours des années 1960 : en 1964 se tient un *Symposium international* à Berlin-Est autour de la question de « la physiologie, la pathologie et la thérapie cortico-viscérale ». Se dessine, lors d'une table ronde, un clivage parmi les intervenants soviétiques : le directeur de l'*Institut de recherches cortico-viscérales*, Kurtsin, s'attaquant à la psychanalyse et à la psychologie en général voit face à lui s'élever les critiques de physiologistes réputés - Biriukov, directeur de l'*Institut de Médecine expérimentale* de Leningrad, et Tchernigovsky, directeur de l'*Institut Pavlov*, en tête - qui critiquent certains aspects du pavlovisme (342). Comme le souligne Léon Chertok, seul

français présent lors de ce symposium, « dans les années qui ont suivi, les controverses se sont multipliées en Union soviétique entre "anti-psychologues" et "psychologues". Les premiers avaient pour chef de file Snejnevski, tandis que parmi les seconds figuraient notamment Bassine et Cherozia » (342).

Des voix dissidentes s'élèvent même au sein de l'*Institut Serbski* ; en 1979, un psychiatre réputé de l'*Institut*, le Dr Etely P. Kazanetz, publie une étude (343) au sein des colonnes d'un périodique américain où il remet en question la pertinence de la classification en vigueur. Bien que membre de l'*Institut Serbski*, Kazanetz appartient à l'école russe classique, rivale de celle de Snejnevski : pour lui le diagnostic de schizophrénie se doit d'être posé avec précaution et ne doit pas oublier l'existence et l'importance des facteurs exogènes dans la pathologie mentale, préférant parler de "psychoses exogènes" dans les cas où ces facteurs semblent au premier plan (341).

Étudiant les cas de 312 patients diagnostiqués schizophrènes entre 1952 et 1959, il souhaite évaluer si, quinze à vingt ans plus tard, on pouvait porter le même diagnostic. Les résultats de son étude rapportent que dans les cas où, personnellement, il aurait diagnostiqué une psychose exogène, une large part avait retrouvé une vie normale et sans rechute, tandis que pour les patients sur lesquels il confirme le diagnostic initial de schizophrénie, l'intégralité avait connu des rechutes d'ordres psychiatriques. Il souligne également le caractère négatif que le diagnostic de schizophrénie avait fait peser sur la vie quotidienne et professionnelle des patients.

Bien que souhaitant influencer sur la pensée psychiatrique moscovite en invitant à la prudence dans le diagnostic de schizophrénie, Kazanetz est conscient du risque d'une telle étude ; ne parlant pas de l'utilisation politique du concept élargie de la schizophrénie, il relativise son travail appelé à être critiqué scientifiquement. Malgré ces précautions, l'attaque est ressentie comme telle par Snejnevski : le Dr Kazanetz est licencié de l'*Institut Serbski* (341).

B. Étiologie des troubles mentaux et thérapeutiques

1. Étiologie des troubles mentaux

a) L'impossible hérédité sous Lyssenko

La psychiatrie russe s'intéresse largement également aux questions étiologiques : si, dans le cadre pavlovien, les mécanismes pathologiques sont reliés aux dysfonctions de l'activité des grands hémisphères, les savants russes essayent de définir les causes de ces désordres psychiques.

Dans la lignée de la prédominance des "travaux" de Mitchourine et Lyssenko, la question de l'hérédité, considérée comme idéaliste, est mise de côté. Comme l'écrit le professeur L. Rokhline en 1958 :

Les tenants des théories biologiques réactionnaires affirment que l'hérédité est prédéterminée d'une façon fatale et qu'aucune condition, aucune influence extérieure ne peuvent la changer. Selon eux, l'hérédité des caractères acquis au cours de leur existence par les organismes végétaux et animaux serait impossible. Mitchourine s'est dressé contre ce point de vue. Il considérait, ainsi que ses adeptes, que sous l'influence des conditions variables de leur existence, les organismes acquièrent des propriétés nouvelles qui, dans des conditions déterminées, peuvent se transmettre héréditairement, de génération en génération.

Ce point de vue bat en brèche la légende de l'hérédité éternelle et immuable. Il devient possible d'ébranler l'hérédité et de la modifier en agissant sur les conditions de vie des organismes vivants, en améliorant et en perfectionnant celles-ci suivant un certain plan. [...].

Les conditions de vie et l'éducation, le milieu social dans lequel se forment la personnalité et la conscience de l'individu sont des facteurs qui, dans certains cas, peuvent contribuer à prévenir les maladies mentales, et dans d'autres, au contraire, favorisent leur développement (17).

La psychose maniaco-dépressive et la schizophrénie se rencontrent parfois chez plusieurs membres d'une même famille. Ce fait étant l'ignorance des causes des deux maladies a été mis à profit par certains savants pour soutenir la thèse fautive et même dangereuse de l'hérédité prétendue fatale des maladies psychiques. Il se peut que l'hérédité joue quelquefois un rôle dans la genèse de certaines affections mentales ; mais, même dans ces cas, ce n'est pas elle seule qui déclenche la maladie, ce sont surtout les conditions du milieu (17).

Ainsi, les différentes étiologies des pathologies mentales sont donc considérées comme d'origines conjoncturelles (traumatismes, infectieuses, toxiques, etc.) ou environnementales (influence du milieu), mais non pas seulement structurelles.

Il faudra attendre la fin de la période Khrouchtchev pour que la génétique et les questions d'hérédité soient posées dans l'Union.

b) Étiologies somatiques de la folie

Certaines pathologies somatiques sont incriminées comme étant à l'origine de tableaux psychiatriques. Les lésions traumatiques cérébrales, les pathologies infectieuses (encéphalites, syphilis), l'intoxication (alcoolique, morphinique, cocaïnique, etc.), les pathologies cardiaques, les troubles liés au vieillissement sont ainsi évoqués (17).

Comme l'écrit Andreï Snejevski dans son manuel de 1968, la maladie mentale est avant tout une maladie somatique, du corps dans son entièreté :

Dans les maladies mentales, la pathologie ne se borne pas au cerveau, mais se manifeste par un trouble de l'activité de l'organisme tout entier. [...]. Lorsqu'il y a atteinte primitive du cerveau (par suite d'un trauma par exemple), ce n'est pas uniquement son activité qui en souffre, mais l'activité de nombreux autres organes et appareils. À leur tour diverses maladies générales [...] peuvent provoquer une atteinte secondaire au cerveau.

En rapport avec ce que nous venons de dire l'instigation de la pathogénie des maladies mentales ne se limite pas à établir les particularités du trouble de l'activité nerveuse supérieure, mais s'étend à l'étude de l'activité nerveuse inférieure, aux perturbations de ses rapports avec l'activité nerveuse supérieure et inclut des recherches biochimiques, biophysiques et morphologiques, c'est-à-dire qu'elle consiste dans une étude complète du substratum matériel de la maladie jusques et y compris la recherche au niveau subcellulaire et moléculaire (126).

c) Étiologies psychiques des maladies mentales

Le matérialisme de la recherche russe ne l'empêche pas toutefois de penser la question du traumatisme psychique comme cause des troubles mentaux, bien que, comme le souligne Rokhline :

leur importance pour le développement d'une psychose est fortement exagérée. Il suffit de savoir que la maladie a été précédée d'un grave bouleversement moral pour qu'on admette que la psychose en est la conséquence. Dans de nombreux cas, on confond le motif qui a donné l'impulsion au développement de la maladie avec ses causes réelles (17).

Les individus sains possèdent un psychisme capable d'encaisser de grandes perturbations ; bien souvent, pense une grande partie des savants soviétiques, ce sont chez les individus fragilisés dont le système nerveux a été affaibli qu'on retrouvera des traumatismes psychiques entraînant une perturbation de l'activité nerveuse supérieure et, donc, des troubles psychiatriques.

Ce n'est que lorsque l'intensité et la durée de la réaction aux épreuves de l'existence sont excessives et tout à fait inhabituelles pour une personne donnée, lorsque sa réaction psychique devient malade et s'accompagne d'un trouble manifeste de la conduite, qu'on peut parler de maladie mentale d'origine psychogène, c'est-à-dire provoquée par un traumatisme psychique (17).

Ces traumatismes peuvent être de plusieurs ordres. Rokhline individualise les *chocs psychiques* (menace de mort, bombardements, etc.), qu'il rapproche des traumatismes physiques, les *bouleversements émotionnels uniques* (décès de proches, trahison d'un être cher, etc.) et enfin le *traumatisme psychique de longue durée* causée par un conflit psychique intérieur ou une situation externe défavorable. Pour ces deux dernières formes, Rokhline indique que :

la personnalité du sujet participe activement à leur élaboration et à leur élimination et qu'ils s'accompagnent de sentiments très forts. Si variées que soient, en ces cas, les formes prises par les troubles morbides de la vie mentale, elles portent toutes le sceau des souffrances morales qui traumatisent le psychisme du malade. Tantôt ce sont des hallucinations dont le contenu correspond à la peine éprouvée [...] Ou bien, c'est un délire qui se fait l'écho des circonstances ayant provoqué la psychose [...] (17).

L'académicien Bykov rappelle également que les psychiatres russes n'excluent pas les facteurs psychologiques subjectifs ; si le caractère subjectif de toute réaction est établi, les russes considèrent que le second système de signalisation du langage occupe une place centrale dans la modulation du comportement :

Tout effort de ne baser la théorie de la science médicale que sur la biologie ou sur la psychologie a conduit et conduira toujours à une brutale conception mécaniste du monde, et en dernière analyse, à l'idéalisme et au fidéisme stériles [...]. Nous arrivons à réaliser encore plus nettement que [...] une influence d'ordre émotif peut souvent être beaucoup plus forte que n'importe quel facteur physique, qu'un mot exprimé peut causer de profonds changements dans l'organisme entier (20).

d) L'influence de l'environnement comme étiologie

À côté de ces étiologies endogènes ou exogènes, la psychiatrie soviétique défend l'importance centrale de l'environnement dans la naissance des pathologies mentales.

[Les conditions du milieu], écrit Rokhline, peuvent provoquer l'aliénation, elles peuvent aussi la retenir, empêcher cette prédisposition héréditaire de se manifester, aussi la maladie n'est-elle pas toujours inévitable (17).

C'est ainsi, propagande oblige, que la psychiatrie soviétique des années 50, lorsqu'elle relie environnement social et pathologie mentale, ne peut qu'affirmer la franche amélioration de ces dernières depuis la révolution.

L'essor de la culture socialiste et l'amélioration des conditions de vie de la population soviétique ont eu pour conséquence la disparition totale des "épidémies" d'hystérie, des cas de "possession" et de folie mystique. À l'heure actuelle, ces troubles neuropsychiatriques sont entièrement inconnus des masses de la population. Le nombre des malades atteints d'autres aliénations a fortement diminué (17).

C'est surtout l'amélioration des conditions de vie des Soviétiques qui [est la cause de ce progrès]. Ainsi, en U.R.S.S., le chômage est depuis longtemps liquidé. En quarante ans de pouvoir soviétique, le salaire réel des ouvriers a presque quintuplé, et les revenus réels des kolkhoziens ont sextuplé. [...].

La Constitution soviétique proclamant le droit au travail, au repos, à l'instruction, l'assurance matérielle dans la vieillesse et pendant la maladie, la protection de la maternité et de l'enfance est une preuve éclatante des changements profonds survenus dans la vie du peuple soviétique grâce aux réalisations de la construction socialiste. Toutes ces conquêtes des travailleurs concourent à renforcer la santé du peuple et à assurer la victoire sur les maladies.

Les maladies vénériennes et l'alcoolisme, suites inévitables du capitalisme, reculent devant l'essor pris par la culture socialiste et devant la propagande des connaissances hygiéniques et sanitaires parmi la population. Ceci, à son tour, retentit favorablement sur la santé psychique du peuple (17).

Durant les années 50, le Professeur Rokhline défend, dans un ouvrage de présentation de la psychiatrie soviétique auprès des étrangers, *La médecine soviétique en lutte contre les maladies mentales* (17), l'extraordinaire réussite de la psychiatrie russe. Il donne des chiffres édifiants ; le discours scientifique est cerné par le discours idéologique. Ainsi, selon les chiffres donnés par Rokhline, le nombre total de patients consultants aux dispensaires de Moscou passent de 52,3 sur 10 000 habitants en 1940 à 37,2 en 1956. La psychose maniaco-dépressive passe de 6,7 % des patients hospitalisés en psychiatrie durant la période impériale, pour seulement 1,9 % en 1955, tandis que le nombre de schizophrènes consultant pour la première fois dans les dispensaires de Moscou a diminué de 27 % entre 1940 et 1950 puis 12 % de 1951 à 1955. Le nombre de névrosés est également censé avoir diminué : si 9,6 % des premières consultations dans les dispensaires de Moscou en 1950 étaient des cas de névroses, elles ne sont plus que 6,0 % en 1956 (17). La réussite de la médecine soviétique, c'est, en réalité, la réussite – et le garent – du communisme.

e) Le retour de la question génétique

Dès 1962, Snejnevski et ses équipes de l'*Institut de Psychiatrie* mettent en place un vaste programme de recherche génétique à propos de la schizophrénie. Tout comme leurs confrères occidentaux, ils examinent des milliers de patients et leur parenté. Tandis que les études occidentales de l'époque ne délivrent pas de résultat significatif, les recherches soviétiques rapportent des éléments remarquables : si l'intensité des troubles peut varier, les manifestations pathologiques des patients et de leurs parents peuvent presque toujours être classées dans les mêmes formes cliniques établies par Snejnevski. Comme l'écrit Snejnevski dans son manuel de 1968 :

L'influence d'une hérédité tarée est incontestable pour toute une série de maladies mentales, mais elle n'est pas absolue. La même

maladie survient aussi bien dans des familles dont des membres avaient eu cette maladie que dans des familles où personne ne l'avait eue. On rencontre plus souvent une hérédité tarée chez les malades souffrant des mêmes maladies ou de leurs diverses formes : chez les malades atteints d'autres maladies, beaucoup plus rarement. Quand l'hérédité est gravement tarée, la progéniture peut être saine même si une maladie mentale frappe les deux géniteurs. Certaines observations montrent également que même si la tare héréditaire est grave, les maladies psychiques qui frappent les générations suivantes évoluent d'une façon plus favorable et plus souvent atypique.

L'influence de l'hérédité sur l'apparition de maladies mentales reste encore peu connue (126).

Ces résultats spectaculaires sont largement imputables à des erreurs méthodologiques criantes : l'étude soviétique n'est pas réalisée à l'aveugle. Les chercheurs soviétiques connaissent les antécédents familiaux des patients et du type de schizophrénie diagnostiquée, tandis, écrit G. Bloche, qu'ils « savaient aussi que le chef de l'*Institut*, qui avait conçu et promu agressivement la théorie qu'ils testaient, n'était guère impartial quant à la façon dont il voulait que la recherche sorte. Sans la protection de l'aveugle vis-à-vis de l'histoire familiale des sujets, il était trop simple pour eux, même s'ils étaient honnêtes, d'être influencés dans leur mission de prouver la justesse de Snejnevski » (331).

Il est intéressant de noter le retour de la question héréditaire et biologique dans la recherche psychiatrique, retour qui ne peut se comprendre que d'un point de vue idéologique. La critique de la génétique comme science bourgeoise et fasciste a fait son temps. L'évolution du contexte idéologique et politique nécessite une adaptation scientifique. Comme l'écrit Garrabé, « si les maladies mentales sont dues aux constructions communistes de la société socialiste est en train de résoudre, la persistance chez certains individus de manifestations telles celles de la schizophrénie torpide ne peut s'expliquer que par des perturbations biologiques qu'il convient de mettre en évidence. [...]. Si la chimiothérapie de la schizophrénie découverte à l'Ouest est rapidement adoptée par la psychiatrie soviétique, c'est qu'elle paraît confirmer cette conception biologisante de la maladie » (165).

2. Thérapeutique

Sur le plan thérapeutique, les psychiatres soviétiques utilisent globalement les mêmes techniques que leurs confrères occidentaux de la même époque. Toutefois, la psychiatrie soviétique des années 1950 propose un discours qu'elle assume comme plus volontariste :

Il a toujours existé et il existe toujours un lien très fort entre la représentation qu'on se fait des causes des aliénations mentales et la façon dont on les traite. [...].

Les savants qui affirmaient que les maladies mentales sont uniquement dues à l'hérédité niaient qu'on pût les guérir. Certains savants déclaraient même ouvertement qu'il ne faut pas soigner les aliénés et c'est même une chose nuisible, car on fait dégénérer la race en multipliant les individus déficients.

Nous avons déjà vu que la psychiatrie russe rejette comme erreur l'idée de l'hérédité fatale des maladies psychiques. La compréhension juste du rôle important des conditions de vie et des facteurs sociaux dans la genèse des maladies mentales a fait que les psychiatres russes ont également adopté des positions progressives en ce qui concerne le traitement des malades (17).

a) Le traitement des maladies mentales jusqu'aux années 1960

Les psychiatres soviétiques traitent la paralysie générale à l'aide de la malariathérapie, selon la découverte de Wagner von Jauregg. « Procédé thérapeutique [...] largement appliqué avec de forts bons résultats » (17), selon le Professeur Rokhline (1958), il consiste en plusieurs inoculations de paludisme : après 10 à 12 attaques de malaria, un traitement antipaludéen est effectué. On délivre ensuite au patient une cure antisyphilitique par injections intraveineuses de salvarsan, composé arsenical. Si Rokhline souligne que c'est aux stades précoces de la pathologie que le traitement est le plus efficace, il indique également que les résultats sont fort satisfaisants : dans 60 % des cas, la capacité de travail des malades est rétablie, complètement ou partiellement, tandis que la mortalité due à la paralysie générale est en net recul dans les institutions psychiatriques russes (17).

Sur la question thérapeutique de la schizophrénie, la psychiatrie russe pavlovienne prétend détenir, grâce aux enseignements de Pavlov, des modalités novatrices ; si Kraepelin prétend que la démence précoce connaît systématiquement une fin tragique, la conception pavlovienne de la schizophrénie refuse ce pessimisme. En établissant qu'il existe une phase *fonctionnelle* de la schizophrénie, phase ne s'accompagnant pas de lésions cérébrales, les psychiatres soviétiques indiquent qu'il est possible de résoudre ce trouble et de le guérir.

Le traitement le plus utilisé par les soviétiques à partir du milieu des années 1930 est le traitement insulinique développé par l'autrichien Sakel (17). La dose d'insuline à jeun injectée quotidiennement est augmentée progressivement, aboutissant à des stades de coma insulinique. Classiquement, 30 à 40 min après le début du coma, on supplémente le patient en sucre (150-200 grammes) afin de permettre le retour à la conscience.

Le retour à la conscience se fait avec une amélioration significative de l'état clinique ; les patients sont décrits lors de ces réveils comme plus vifs, plus sociables, plus accessibles et moins refermés. Ce type de chocs est renouvelé entre 25 et 30 fois : le traitement est ensuite arrêté graduellement par diminution des doses d'insuline injectée quotidienne.

Selon Rokhline, la cure finie, la fatigue diminue, l'appétit est meilleur ; l'amélioration psychique est plus lente. Il existe de courtes périodes où les malades sont conscients de leurs troubles, peuvent communiquer avec leurs proches et échappent à leurs délires, ce que les praticiens appellent « les heures lucides de l'insuline » (17). La guérison totale ou partielle aura lieu sur un temps plus long.

Les travaux de T. Ioudine (*Traitement de la schizophrénie*, 1940) tentent de démontrer l'efficacité du traitement de choc par insuline : selon ses chiffres, en 1939, sur 2 249 patients schizophrènes traités par insuline dans divers instituts du pays, 36,4 % avaient guéri et 26,4 % sortent du traitement avec une amélioration clinique. Cette réussite thérapeutique est encore plus éloquente lorsqu'il s'agit de patients malades depuis moins de 6 mois : sur 923 patients, près de 50 % sont guéris, tandis que 25,8 % connaissent une amélioration clinique. Une telle "réussite" trouve une explication dans la théorie pavlovienne : le coma insulinique provoquerait une inhibition protectrice empêchant la destruction des cellules nerveuses en les soustrayant à l'excitation externe nocive (17).

Autre technique usitée, se basant sur les mêmes théories psychopathologiques de la schizophrénie, l'induction de sommeil : l'hypnothérapie. Développé théoriquement par I. P. Pavlov, c'est V. Protopopov qui, en 1932, est le pionnier de son utilisation thérapeutique.

Évoquant un patient malade depuis deux ans, catatonique, et guéri à la suite d'un traitement par

hypnothérapie (1935), Pavlov écrit :

Il n'y avait pas eu de brisure irréparable dans les grands hémisphères. [...]. Selon toute probabilité, rien dans le cerveau ne s'était brisé. C'est pourquoi il a pu se rétablir. Pour les psychiatres, la chose est d'une importance énorme. D'autre part, il est clair que c'est le repos qui l'a sauvée. Désormais, malheur aux psychiatres qui n'essaieront pas d'appliquer l'hypnothérapie à leurs malades (17).

Dans le laboratoire de Pavlov, dirigé par Ivanov-Smolenski, on débute le traitement des schizophrènes par hypnothérapie à partir de 1936.

Pour induire le sommeil, des somnifères sont utilisés afin d'induire un sommeil de 6 à 10 jours. On retrouve, selon le Pr Rokhline, une guérison dans 50 % des cas ; chez les patients malades depuis moins d'un an, la guérison touche la quasi-totalité des cas (17). Les études de M. Séreiskii, V. Protopopov, V. Giliarovski semblent obtenir des résultats identiques. D'autres études plus longues soulignent que le taux de rechute à 10-12 ans est d'environ 40 % (17).

L'hypnothérapie n'est seulement utilisée comme traitement de la schizophrénie, mais également pour d'autres troubles, psychiatriques ou somatiques : ainsi, E. Popov applique cette méthode au traitement du *delirium tremens*, E. Asratian aux traumatisés de guerres⁷⁷ et, en 1943, F. Andréev essaye de traiter par hypnothérapie des malades atteints d'ulcère gastrique et certaines formes d'hypertension artérielle (17).

Au début des années 1950, une nouvelle thérapeutique pour les troubles schizophréniques, névrotiques et autres est proposée : l'électronarcose, développée par les collaborateurs de V. Giliarovski à l'*Institut de psychiatrie du Ministère de la Santé publique* de l'U.R.S.S.. À l'aide d'un appareil créé par N. Liventsev, un faible courant électrique (la fréquence des impulsions varie de 1 à 10 par seconde, l'intensité du courant dans l'amplitude des impulsions de 6 à 10 milliampères, beaucoup plus faible que dans les électrochocs (17)) est appliqué à travers le crâne sur une période de 20 à 30 minutes durant les premières séances, 1 à 2 heures pour les séances plus tardives. Le sujet reste conscient et ne ressent qu'un discret chatouillement sous les électrodes. Selon les psychiatres soviétiques, les excitants rythmiques sont à l'origine d'une inhibition protectrice corticale, pouvant se propager en sous-cortical. La séance produit un état

⁷⁷ Cette cure de sommeil est différente de celle utilisée pour la schizophrénie : Durant 30 à 35 jours, un somnifère est délivré aux patients le soir afin d'induire un sommeil de 10-12 heures, le jour les malades restent éveillés (L. Rokhline, *La médecine soviétique en lutte contre les maladies mentales*, Éditions en langues étrangères, Moscou, 1958, p. 121).

de relâchement qui peut aller jusqu'à induire le sommeil. La répétition quotidienne des séances permet de généraliser ce relâchement, diminuant ainsi l'anxiété, l'insomnie et la tension musculaire (344). Cette technique ne s'est pas imposée dans les pays occidentaux⁷⁸.

Les années 1950 voient également les débuts de la généralisation de l'utilisation des neuroleptiques par la psychiatrie russe : ainsi l'aminazine - nom russe de la chlorpromazine (découvert en 1951 et commercialisé en 1952) est utilisée pour la première fois en 1954 en Union soviétique avant d'être officiellement adoptée l'an suivant. Selon Benjamin Zajicek l'utilisation de la molécule doit beaucoup à des questions théoriques, permettant aux psychiatres de contester le dogme pavlovien (345).

Si en Occident la révolution thérapeutique induite par les neuroleptiques entraîne un vaste mouvement de désinstitutionnalisation, il en est autrement en U.R.S.S. : déjà engagé depuis des décennies sur la voie des soins ambulatoires, « la chlorpromazine a donné un nouveau souffle à ce système, encourageant les psychiatres soviétiques à faire passer plus rapidement les patients de l'hospitalisation à un traitement de " soutien " dans la communauté » (345).

b) Le traitement des maladies mentales à l'ère post-pavlovienne

Les neuroleptiques sont largement usités comme traitement biologique standard de la schizophrénie après les années 50 ; les molécules sont identiques à celles utilisées à l'Ouest : phénothiazines, butyrophénones, thioxanthines, ainsi que certains neuroleptiques atypiques comme la clozapine et le sulpride (18).

Les posologies délivrées sont, là aussi, identiques aux normes occidentales. En cas de schizophrénie résistante, les posologies peuvent être augmentées jusqu'à des seuils journaliers codifiés : 300-600 mg pour la chlorpromazine, 80 mg pour le trifluoroperazine, 10-40 mg pour l'halopéridol, 50-70 pour le thioprperazine, 150-200 mg pour l'etaperazine et jusqu'à 600 mg de clozapine (19).

La particularité de la psychiatrie soviétique est dans le choix du neuroleptique ; alors qu'en Europe il ne semble pas exister de preuve scientifique d'une meilleure efficacité de telle ou telle molécule sur une symptomatologie donnée, la psychiatrie soviétique (Snejnevski, 1983) choisit

⁷⁸ En France, Jean Fraillon soutient sa thèse sur *L'électronarcose, technique, quelques modifications biologiques, indications*, Thèse, Faculté de Médecine de Paris, Année 1952, tandis que Jean-Pierre Schnetzler publie en 1954 *L'électronarcose en psychiatrie, Résultats thérapeutiques, Indications, Accidents*, Impr. Brère, 1954. Ces deux publications ne semblent pas avoir eu beaucoup d'impact en France.

la molécule en fonction de cette dite-symptomatologie, considérée comme signe d'une graduation précise dans l'échelle de la sévérité. C'est ainsi que les patients atteints d'une symptomatologie productive avec désillusion sont candidats à un traitement par halopéridol ou chlorpromazine, tandis que des patients présentant une clinique majoritairement négative se verront prescrire du thioproperazine ou du pimozide (19). La durée de couverture neuroleptique prophylactique après stabilisation clinique est cependant inférieure aux normes occidentales (19).

Le lithium, les benzodiazépines et les antidépresseurs sont également des molécules disponibles pour le psychiatre soviétique. Là aussi les molécules et les posologies sont identiques aux standards occidentaux. La pharmacopée soviétique dispose de psychostimulants, mais aussi d'immunomodulateur servant à stimuler la fonction immunitaire des schizophrènes. Les modes administration sont la voie orale, intramusculaire et intravasculaire.

Si le traitement biologique est largement utilisé, la psychiatrie soviétique dispose également de techniques proches de celles retrouvées dans les hôpitaux occidentaux d'époques similaires.

Ainsi l'électro-convulsivo-thérapie (E.C.T.) est utilisée dans les cas de symptomatologies pharmacorésistantes ; s'il elle n'est pas considérée comme étant un traitement courant de la schizophrénie, l'E.C.T. en est le traitement de dernier ressort. Elle est par contre largement utilisée dans les dépressions sévères ou résistantes. Les indications sont donc identiques à celles retrouvées à l'Ouest (19).

Le coma insulinique est utilisé dans les cas résistants, mais de manière relativement rare. Les comas atropinique connurent une existence comme thérapie des symptômes compulsifs et obsessionnels, mais la psychiatrie soviétique l'a banni de ses pratiques.

L'utilisation de sulfazine est par contre courante dans les pratiques soviétiques alors qu'elle n'est pas pratiquée en occident ; traitement de l'agitation et du comportement violent, il consiste en l'injection de sulfazine (souffre) en intramusculaire afin d'induire une fièvre supérieure à 40-41°C ainsi que de violentes douleurs compliquées parfois de nécrose musculaire.

La psychiatrie soviétique, fort de son particularisme théorique, scientifique et de recherche, propose ainsi à ses patients des thérapeutiques qui ne se retrouvent pas ailleurs. Ainsi, la théorie de l'origine toxique de la schizophrénie entraîne l'introduction de thérapeutiques utilisant des techniques d'oxygénation hyperbare et l'absorption d'antioxydant. Des bains, des massages, de l'acupuncture, l'hypnose, des préparations verbales (gingembre citron...), de vitamines, des privations de sommeil sont aussi testées et utilisées par les psychiatres soviétiques pour des patients majoritairement non-psychotiques (19).

c) *La psychothérapie en U.R.S.S.*

La psychiatrie russe a depuis longtemps affirmé l'importance de la psychothérapie dans la prise en charge des pathologies mentales. Comme l'a écrit Rokhline (1958) :

Le traitement du malade doit s'inspirer de la psychothérapie. L'ambiance et l'entourage hospitaliers doivent apaiser le malade et exercer sur lui un effet curatif. Des causeries régulières, des propos chaleureux, l'expression d'une compassion affectueuse doivent jouer un grand rôle dans le système général de traitement des aliénés (17).

L'hypnose est la psychothérapie la plus usitée. Si Engels se moquait des prétentions idéalistes de l'hypnose de son temps, les psychiatres soviétiques s'appuient sur les travaux physiologiques de Pavlov sur l'hypnose, travaux offrant une explication physiologique.

Pour Pavlov, l'hypnose est un état intermédiaire entre sommeil et veille : l'hypnose est l'origine d'une inhibition corticale protectrice thérapeutique ; l'hypnose plonge également le sujet dans un état de suggestion accrue. Cette hypersuggestibilité est secondaire, selon Pavlov, à une excitation corticale localisée : les autres zones cérébrales sont inhibées, expliquant que les sentiments et les pensées suggérés par l'hypnotiseur ne rencontrent aucune résistance.

L'hypnotisme est réputé améliorer pour de longues périodes l'humeur et l'anxiété du malade, particulièrement dans les cas de traumatisme psychique. Cette psychothérapie est également efficace dans les obsessions et, surtout, dans les tableaux d'hystérie, mais n'est pas adaptée aux tableaux psychotiques (17).

Sur le plan conceptuel, les russes vont reconnaître la victoire de l'école de Nancy, dans son combat contre l'école parisienne : les pavloviens admettent l'importance de la suggestion et du "rapport" interpersonnel, et tentent d'expliquer ces phénomènes à l'aune de la physiologie (110). Ainsi, A. P. Nicolaïev, dans son *Théorie et pratique de l'hypnose au point de vue physiologique* (1927), rapporte que l'état hypnotique s'obtient au moyen de stimuli physique, qu'il classe de façon croissante : stimuli auditifs, stimuli tactiles et enfin, les plus efficaces selon lui, les stimuli thermiques. Pavlov use de techniques d'induction médiées par des stimuli tactiles, tandis que des stimuli lumineux sont utilisés par Ivanov-Smolenski (110).

L'école pavlovienne s'est largement intéressée à l'approche physiologique de l'hypnose, à travers l'étude de l'hypnose animale. C'est à partir des observations et des travaux de Birman (1925), qui fixent expérimentalement des "points vigiles" de nourriture chez des chiens,

conditionnés à un son de trompette. Le chien endormi ne se réveille pour prendre de la nourriture qu'au son de trompette, restant insensible aux autres stimulus auditifs, pourtant d'intensité plus importante. Le cortex du chien est inhibé, tandis que des "points vigiles" localisés restent éveillés (110). Pour Pavlov, l'hypnose animale est une réaction physiologique d'autoconservation : si l'animal est dans une situation de danger, et qu'il ne peut fuir ou combattre, il s'immobilise pour ne pas provoquer l'agression (93).

C'est à partir de vision du phénomène hypnotique comme étant un sommeil partiel – théorie pressentie au siècle précédent par Brown-Sequard (1887) et par Liébeault et Beaunis (1887) – que la physiologie pavlovienne établit l'hypnose comme la résultante d'une inhibition partielle du cortex, inhibition à la fois topographique et dépendant de niveaux d'intensité. Ces inhibitions partielles forment des "points vigiles" qui permettent chez l'homme de maintenir un lien entre hypnotiseur et hypnotisé, pourtant plongé dans un sommeil hypnotique (110).

Pavlov décrit l'hypnose comme se divisant en trois phases hypnoïdes distinctes : phase d'égalisation, phase paradoxale et phase ultra-paradoxale. Dans la phase d'égalisation, l'ensemble des stimulus, tous d'intensité variable, agissent de manière semblable pour le sujet hypnotisé. Lors de la phase paradoxale, les stimulus sont intégrés de manière inversement proportionnelle à leur intensité ; ainsi un stimulus faible entraîne une réaction forte et, inversement, un excitant fort ne provoquera qu'une faible réaction, voire une réaction nulle. Enfin, durant la phase ultra-paradoxale, une réaction peut être obtenue par un stimulus "négatif", qui, lors de la phase d'éveil, n'entraînerait pas de réactions cellulaires.

Dans la théorie pavlovienne, si ces diverses phases hypnoïdes sont physiologiques, mais fugaces, leur persistance dans le temps marque une lutte physiologique contre la pathologie mentale fondant le substrat physiologique des troubles psychotiques et névrotiques (110).

Lors de la Session de 1950, marquant le début de l'hégémonie totalitaire du pavlovisme, de nombreux intervenants (Birman, Giliarovski, Popov, Platonov, Sterltchouk, Ivanov-Smolenski) soulèvent l'importance de l'utilisation de l'hypnose comme psychothérapie à base physiologique (110).

La psychologie soviétique, à partir de la fin des années 1950, suite à la déstalinisation, arrive progressivement à se dépêtrer du pavlovisme obligatoire pour reprendre une autonomie vis-à-vis de la physiologie. Signe des temps, en 1959, un chercheur tchèque pavlovien, I. Horvai écrit que :

La théorie pavlovienne de l'hypnose n'est pas un dogme. Pavlov n'est pas arrivé à élaborer suffisamment ses idées [...], d'autres sont uniquement hypothétiques (110).

Les hypnothérapeutes soviétiques utilisent leur thérapie afin de rééduquer des attitudes jugées pathologiques. Pour ce faire, l'opérateur utilise majoritairement des suggestions directes, adoptant une attitude persuasive et éducative, employant également la technique de fasciation par le regard. La méthode cathartique, consistant en une décharge d'affects secondaire aux reviviscences provoquées, est rejetée pour sa proximité avec les techniques psychanalytiques condamnées. S. Konstantorum (1959) rapporte toutefois que la méthode cathartique n'est pas l'apanage de la psychanalyse, mais ne croit pas à son efficacité pratique. En U.R.S.S., l'hypnose est également usitée pour traiter certaines formes d'hypertension artérielle (110).

Le courant hypnotique en U.R.S.S. est à l'origine une utilisation indirecte de la pratique qui disséminera ensuite en Occident : l'accouchement sans douleur.

En 1923, des psychiatres de Kharkov, Veltoski et Platonov, présentent un rapport sur la suggestion hypnotique en obstétrique, mais, devant les difficultés, abandonnent la suggestion hypnotique pour la remplacer par une substitution de langage, en substituant à une parole une autre, qui culturellement, peut influencer voire conditionner le comportement douloureux.

Disciples de Pavlov et formés à l'hypnose, Veltoski et A. P. Nicolaïev, professeur d'obstétrique à Leningrad et directeur de l'*Institut de gynécologie et d'obstétrique* de l'*Académie des Sciences médicales* de Leningrad – ancien élève de Charcot à la Salpêtrière et également initié à l'hypnose –, vont suggérer de préparer l'accouchement à l'aide de techniques de respiration, en vue de diminuer les douleurs liées à l'accouchement (346). Pour ces praticiens, l'accouchement est une réalité physiologique qui n'est pas naturellement douloureuse (347) ; la douleur est un ancrage socialement induit, pouvant être annulé par une préparation adéquate. Les femmes ne sont pas plongées en transe hypnotique, mais doivent, à l'aide d'exercices de respirations, de massages, de marche légère, déconnecter leur cortex des sensations douloureuses en provenance de l'utérus. Selon ses partisans, cette méthode serait efficace chez 83 % des femmes (347). L'intérêt de cette méthode est présenté comme étant un palliatif au manque d'anesthésiant et d'analgésiques dans une U.R.S.S. saignée par le second conflit mondial (348).

Technique jugée efficace, elle est adoptée en 1952, préconisée pour tous les accouchements, mais est abandonnée en 1956 devant le manque de volonté politique et l'indifférence de la

société civile (346).

Concomitamment au retour à l'autonomie de la psychologie, les psychothérapeutes de l'*Institut Bekhterev* de Leningrad proposent une nouvelle forme de thérapie, la "psychothérapie pathogénique", qui tient compte des relations interpersonnelles du patient, des conflits présents et passés avec son entourage (110). La prise de conscience de conflits doit aider dans le processus de guérison, à condition qu'un bon "rapport" soit présent. Terme usuel en russe, il provient des travaux de Mesmer et se rapproche du "contre-transfert" freudien (110).

Une des particularités de la psychiatrie soviétique se trouve dans la généralisation de la rééducation par le travail ; chaque dispensaire dispose ainsi d'un atelier.

Cette thérapeutique est justifiée par les écrits de Friedrich Engels qui, dans son texte *Le rôle du travail dans la transformation du singe en homme* écrit que le travail est :

est la condition fondamentale première de toute vie humaine et il l'est à un point tel que dans un certain sens, il nous fait dire : le travail a créé l'homme lui-même (313).

Cette importance donnée au travail justifie son utilisation thérapeutique par les psychiatres soviétiques.

Le travail, adapté aux capacités de chaque patient, prescrit par le médecin, consiste en de petites tâches manuelles, comme, par exemple, la production de cartes postales, de sacs en plastique ou de boîtes de rangement (276). Comme l'écrit Rokhline :

La cure de travail est choisie de façon que les malades comprennent le sens et la destination de l'ouvrage accompli et pour qu'ils ne se sentent pas séparés de la vie et de la société. Le travail aide le malade à oublier ses souffrances. En même temps un ouvrage à sa force met en activité les éléments sains de son psychisme, le fait sortir du monde intérieur fermé créé par son affection mentale et contribue à le ramener à la vie réelle.

La cure de travail est particulièrement profitable aux aliénés sortis de la phase aiguë de leur maladie. [...].

Fait non moins notable, la cure de travail aide aussi au placement des malades après leur sortie de clinique : une fois rétablis,

entièrement ou en partie, les anciens aliénés reprennent une vie active et sont placés dans des conditions qui consolident les bons résultats du traitement (17).

Dans chaque atelier se trouvent un médecin, des infirmiers, des éducateurs, un contremaître, un comptable et quelques ouvriers en bonne santé. Les productions ainsi réalisées viennent financer le système psychiatrique – un nouvel immeuble pour les dispensaires moscovites a ainsi été financé par ce moyen dans les années 1970 ; les revenus sont régulièrement considérables, car les ventes ne sont nullement soumises aux taxes locales et nationales. Les patients travaillant dans ces structures reçoivent, comme tous les patients, une pension d'invalidité proportionnelle à la sévérité du trouble et de la chronicité, complétée d'un salaire calculé selon, entre autres, leur présence et leur assiduité au travail ; la somme totale est relativement proche d'un salaire d'un ouvrier ordinaire. Toutefois, les patients ne peuvent pas y travailler plus d'un ou deux ans.

À côté de ces structures de rééducation organisée par la psychiatrie, l'U.R.S.S. promeut largement l'intégration des patients dans le monde du travail ; les patients psychiatriques sont engagés au sein d'industrie plus importante, comme celle de la production automobile. Ainsi une usine automobile moscovite des années 1970 engage 300 travailleurs handicapés, dont 30 % de malades mentaux. Les patients pouvant travailler dans de telles structures disposent d'une plus large autonomie que ceux travaillant dans les ateliers hospitaliers ou des dispensaires (276).

Des techniques psychothérapeutiques existent également dans l'arsenal thérapeutique soviétique, axant le travail sur la réadaptation et la réhabilitation ; des psychothérapies familiales et de groupes existent également. Ces thérapies sont les héritières des soins délivrés au sein des *zemstvos* et se sont développées parallèlement à l'évolution psychiatrique russe (276).

V. La psychanalyse en Russie et en Union soviétique

A. *La Psychanalyse en Russie avant la Révolution*

1. L'introduction de la psychanalyse en Russie

a) *Les débuts de la notion d'inconscient en Russie impériale*

On retrouve très tôt le concept d'inconscient en Russie, au sein des travaux des scientifiques de l'école de la "psychologie objective" (349) : Sechenov, Pavlov et Bekhterev évoquent ainsi l'existence de certains processus psychiques inconscients.

Si la psychiatrie russe est largement inspirée des études physiologiques cérébrales, établissant l'étiologie organique des troubles psychiques, certains psychiatres s'élèvent contre cette substantialisation du psychisme. Au décours des années 1880, le psychiatre G. I. Orchanski travaille sur la question des sentiments ; il est convaincu que les émotions, dans les cas extrêmes, « s'emparent souvent de toute l'existence psychique de l'homme » (22). Considérant que les sentiments sont « d'abord une réaction de notre *Ja* » (littéralement *Je/Moi*), il relate qu'il existe un « lieu inconscient » (22) de l'esprit. Précurseur en Russie de la notion médicale d'inconscient, il reste toutefois vivement attaché à l'explication biologique et neurologique du psychisme (22).

b) *Nikolaï Ievgrafovich Ossipov (1887-1934) et l'introduction de la psychanalyse*

Nikolaï Ievgrafovich Ossipov (1887-1934), fils du grand médecin des *zemstvos* E. Ossipov, élève de V. Bekhterev (349), est le grand initiateur de la pensée freudienne en Russie. Diplômé en 1903 de l'Université de Bâle, il revient exercer la psychiatrie à Moscou au sein de l'hôpital *Preobrajenski* sous la direction de N. N. Bazhenov ; en 1906 il est nommé assistant à la clinique psychiatrique de Moscou dirigé par Vladimir Serbski (22).



Figure 40 : Nikolai Levgrafovich Ossipov (1887-1934)

Si l'*Interprétation des rêves* de Freud (1900) est traduit en Russie dès 1904, il n'existe pas d'autre publication autour de la psychanalyse avant 1908 : N. I. Ossipov publie dans le *Journal de neuropathologie et de psychiatrie* un article résumant la pensée freudienne (350). Enthousiasmé par les travaux du viennois, il souhaite faire connaître cette nouvelle méthode thérapeutique à ces confrères russes.

Avec la bénédiction de Serbski – qui préside les réunions –, Ossipov organise des rencontres régulières destinées à l'exploration de la question psychanalytique. Cette même année, le jeune psychiatre se rend à Bâle visiter Paul Dubois (1848-1918) puis à Zurich rencontrer Carl Gustav Jung avant de se rendre à Vienne et informer Sigmund Freud de ses initiatives⁷⁹. À son retour, il publie deux nouveaux articles : le premier, intitulé *La psychologie des complexes et l'expérience de l'association dans les études de l'école de Zurich*, étudie en longueur les travaux de C.G. Jung menés à l'hôpital du Burghölzli de Zurich ; le second traite des *Travaux récents de l'école freudienne*, compte rendu de trente-trois livres et articles des pionniers du mouvement psychanalytique (22). Cette même année, A. A. Pevnitski, médecin militaire d'Odessa, donne à Saint-Petersbourg la première conférence russe autour de la question de la psychanalyse (349).

⁷⁹ Dans sa correspondance avec C.G Jung, Freud écrit : « Le Dr Ossipov de Moscou, assistant à la clinique psychiatrique, s'est annoncé chez moi, attesté par deux gros tirés à part ; l'un interrompt toutes les deux lignes de fouillis de signes cyrilliques par le nom, imprimé en européen, de Freud [...] ; le second emploie le nom de Jung de la même manière. L'homme a encore sous presse deux autres travaux [...], il entend briguer le prix de l'Académie de Moscou, qui est attribué en mars et qui a directement la psychanalyse pour thème, puis veut venir en mai à Vienne, d'où je le dirigerai vers Zurich ». (cf. Martin Miller, *Freud au pays des soviets*, Les empêcheurs de penser en rond, 2001, p. 47)

Actif, N. I. Ossipov fonde un dispensaire de psychothérapie au sein de la clinique universitaire de Moscou (1908) ; assisté de deux confrères, Dovbnja et Assatiani, il reçoit deux fois par semaine des patients en consultations. Des sessions ouvertes sont parfois organisées, ayant pour public un parterre de médecins et d'étudiants. Nourrie de son expérience pratique, Ossipov publie le premier texte psychanalytique russe original, *De la névrose d'angoisse* (22).

2. La reconnaissance

a) *La diffusion du savoir*

1909 est une année faste pour le développement de la psychanalyse en Russie ; les articles d'Ossipov connaissent un écho certain au sein de la psychiatrie nationale, le professeur N.A. Vyroubov de Moscou fait paraître trois articles sur la psychanalyse tandis que le psychiatre Moshe Wulff, russe exerçant en Allemagne, publie son premier ouvrage psychanalytique (*La méthode de traitement psychanalytique*) (22).



Figure 41 : Moshe Vladimirovitch Wulff (1878-1971)

Si les russes qui s'intéressent à l'œuvre de Freud ne sont pas réellement formés à la technique psychanalytique, Wulff est le premier russe à avoir reçu une formation classique, ayant effectué une cure avec K. Abraham à Berlin. Revenu à Odessa en 1909, Wulff exerce une intense activité psychanalytique.

Cette même année, M. M. Assatiani, collaborateur d'Ossipov, prononce une conférence devant la Société universitaire de psychiatrie et de neurologie de Moscou dont le sujet traite de *La théorie et la pratique de la psychanalyse selon Jung*.

Cependant, l'événement majeur de cette année est la fondation de la revue *Psikhoterapia*, première revue psychanalytique russe sous l'impulsion de N.I. Ossipov et de N.A. Vyroubov (22). Un grand projet éditorial est également initié : Ossipov, aidé par O. B. Feltsmann, fonde la *Bibliothèque de psychothérapie* (349); la traduction des œuvres de Freud en russe débute ; ainsi paraît rapidement *Sur le rêve, Cinq leçons sur la psychanalyse, Psychopathologie de la vie quotidienne et Trois Essais sur la théorie sexuelle* (22). La maison d'édition s'attache également à traduire les œuvres de C.G. Jung.

Consécration pour la reconnaissance de la psychanalyse en Russie, le prestigieux *prix Kozhevnikov*, décerné annuellement par la *Société psychiatrique et neurologique* de l'université de Moscou, est délivré en 1909 aux travaux psychanalytiques (22).

Les travaux russes commencent à se faire connaître à l'étranger ; en 1910, un rapport sur le développement de la psychanalyse en Russie paraît dans le *Jahrbuch*, la revue de Freud et, l'année suivante, Moshe Wulff, rentré en Russie, fait paraître dans ce même journal une étude sur les travaux psychanalytiques menés en Russie (22).

En 1911 V. Serbski démissionne de sa chaire moscovite en signe de protestation contre la politique autoritariste du gouvernement ; Ossipov, alors assistant de Serbski, fait de même pour soutenir son maître ; les deux hommes s'engagent plus avant dans la recherche psychanalytique (22) : des rencontres hebdomadaires - le "petit groupe psychiatrique du vendredi" - sont organisées à l'initiative de N. N. Bazhenov, et sont présidées par Serbski : on y discute psychiatrie, traitement psychothérapeutique, psychanalyse, mais également sociologie et philosophie (151) (349). Une *Société psychanalytique* moscovite est également créée (22).



Figure 42 : Groupe du vendredi (351)

La psychanalyse, défend Serbski, la théorie freudienne, mérite la plus grande attention parce qu'elle est à la base d'un traitement thérapeutique qui a souvent obtenu des résultats importants et même étonnants (165).

Petr Gannushkin, qui s'est aussi largement intéressé à la question de l'hypnose, se penche également sur l'utilité de la psychanalyse : dans son travail *Sur la psychothérapie et la psychanalyse*, il souligne ne pas être un partisan de Freud, mais indique trouver une utilité thérapeutique de la méthode dans certain cas.

b) L'autonomisation du savoir

N. I. Ossipov propose un intense travail théorique et pratique ; il entre progressivement en opposition avec certaines grandes figures de la psychiatrie russe : partisan d'une approche intégrative entre les composantes psychiques et physiques, il dénonce à la fois le spiritualisme assumé du professeur A. I. Iarotski qui défend le nécessaire épanouissement religieux comme

base de la santé mentale (22), mais également le physiologisme de Vladimir Bekhterev, qui ne saisit pas l'importance des mécanismes de défense pour se limiter à l'étude des réponses physiologiques (22).

Au tournant de la Première Guerre mondiale, la psychanalyse s'entre-déchire entre les orientations freudienne, jungienne et adlerienne ; la revue *Psikhoterapia*, bien qu'initialement ouverte aux différentes approches psychothérapeutiques, est largement d'inspiration freudienne jusqu'en 1912. Refusant de trancher sur le conflit qui éclate entre Freud et ses disciples, les directeurs de la revue décident de publier certains textes « reflétant, selon Martin Miller, la volonté des Russes de réunir sous un même toit les orientations conflictuelles de Freud, Jung et Adler » (22).

Si, au début des années 1910, Freud reconnaissait dans sa correspondance avec Jung l'existence « d'une véritable épidémie de psychanalyse » (351) en Russie, il perd son enthousiasme devant le manque "d'orthodoxie" des psychanalystes russes : « Je fais de la psychanalyse, écrit-il en 1913, eux font de la psychosynthèse » (352). Dans son *Essai sur l'histoire du mouvement psychanalytique* (1914), Freud souligne que :

en Russie la psychanalyse s'est fait connaître et s'est répandue très largement, presque tous mes écrits sont traduits en russe, de même que ceux d'autres participants de la psychanalyse. Cependant, une intelligence approfondie des théories analytiques ne s'est pas encore produite en Russie. Les contributions provenant des médecins russes doivent être considérées présentement comme peu significatives (352).

3. Pankeev et Spielrein : figures de la psychanalyse

a) *Sergueï Konstantinovitch Pankeev (1886-1979).*

Durant l'hiver 1914-1915, Freud reçoit en cure un jeune aristocrate russe, Sergueï Konstantinovitch Pankeev (1886-1979). Issu d'une riche famille de propriétaires terriens, ce dernier, alors étudiant à Saint-Pétersbourg, présente de graves signes de dépression depuis 1908.



Figure 43 : Sergueï Konstantinovitch Pankeev (1886-1979)

Dans les suites du suicide de sa fille aînée, Pankeev père décide de financer la construction à Odessa d'un hôpital spécialisé dans la prise en charge des troubles nerveux. Mis au courant du projet, Vladimir Bekhterev contacte le père de famille afin de le convaincre de fonder à la place un institut neurologique clinique et de recherche à Saint-Pétersbourg ; Pankeev profite de cette rencontre pour demander à Bekhterev d'examiner son fils Sergueï : le médecin diagnostique une neurasthénie et débute une prise en charge par hypnose. Méfiant vis-à-vis de l'hypnothérapie et constatant son inefficacité, Sergueï Pankeev décide de ne pas poursuivre les soins initiés avec Bekhterev ; il se rend alors dans le cabinet de Léonid Drosnes, psychiatre d'Odessa pratiquant la psychanalyse.

N'arrivant pas à traiter le jeune homme, Drosnes conseille à S. K. Pankeev de se rendre à l'étranger pour recevoir un traitement plus poussé. Le russe se rend en Allemagne où il consulte deux des plus grandes sommités psychiatriques de l'époque, Emil Kraepelin et Théodore Ziehen. Là encore, les soins sont inefficaces.

Drosnes accompagne alors son patient à Vienne afin qu'il rencontre Sigmund Freud. La rencontre et la cure sont importantes pour les deux hommes ; Pankeev s'engagera dès lors pour

la cause psychanalytique tandis que Freud trouve dans le cas du jeune russe des arguments servant à justifier sa théorie du rôle capital que jouent les souvenirs refoulés et les phantasmes sexuels : à partir de cette cure, Freud écrit un ouvrage majeur dans la théorie psychanalytique, *L'Homme aux loups* (22) (353).

b) Sabrina Naftoulovna Spielrein (1885-1941)

Autre figure russe dont le rôle est central dans la conceptualisation du savoir psychanalytique - rôle peut être plus important encore que celui endossé par *L'Homme aux loups* - Sabrina Naftoulovna Spielrein (1885-1941).



Figure 44 : Sabrina Naftoulovna Spielrein (1885-1941)

Née à Odessa au sein d'une riche famille juive, Sabina Spielrein développe dans ses jeunes années de graves troubles psychotiques. Elle se rend à Zurich pour suivre un traitement ; elle est hospitalisée au Burghölzli du 17 août 1904 au 1^{er} juin 1905 ; son médecin et analyste, Carl Gustav Jung (165), diagnostique chez sa patiente – avec qui il entretiendra également une liaison - une grave hystérie. Mais, comme l'écrit Jean Garrabé, « à cette époque la nosologie moderne des psychoses qui est justement entrain de se construire n'est pas encore opératoire et Jung ne peut qualifier anachroniquement de schizophrénique l'épisode psychotique qu'avait présenté au début du siècle sa patiente. [...] Ce seront les propres travaux ultérieurs de Sabrina Spielrein qui feront se poser la question de la nature schizophrénique des troubles dont elle souffrait depuis l'âge de quinze ans et de cette psychose qui l'avait conduite au Burghölzli » (165).

L'amélioration symptomatologique de la patiente l'autorise à entreprendre des études de

médecine qu'elle termine en 1911 : une fois diplômée, elle s'intéresse à la question de la schizophrénie. De 1911 à 1912, elle est à Vienne et intègre le cercle fermé de Freud (22).

Avec son texte *La destruction comme cause du devenir* (1912) (354), elle apporte un concept décisif à la psychanalyse, la *pulsion de mort* : Spielrein tente de démontrer que l'instinct sexuel, permettant la permanence de l'espèce, est inséparable de son pendant destructeur, l'autodestruction. La pulsion de mort est née ; selon Garrabé « elle [a] la première décelé dans les manifestations de la *dementia praecox* la composante autodestructrice de l'instinct sexuel » (165).

Si le texte est reconnu en son temps et paraît de la *Jahrbuch*, il faut attendre le cataclysme du premier conflit mondial pour que se pose d'une façon renouvelée la question. Freud, dans son *Au-delà du principe de plaisir* (1920) (355), reprend à son compte les théories de Spielrein, bien que nuancant son apport original pour se l'approprier (165) ; ainsi, en note, il souligne que :

Dans un travail riche de contenu et de pensées, mais qui malheureusement ne m'est pas toujours parfaitement clair, Sabina Spielrein a anticipé toute une partie de cette spéculation. Elle caractérise la composante sadique de la pulsion sexuelle comme "destructrice" (355).

Dans les suites de sa période viennoise, Spielrein s'installe successivement à Berlin, Munich, Lausanne puis Genève⁸⁰. Après la Révolution d'Octobre, Spielrein rentre en Russie, encouragée par Freud (165). Elle s'occupe alors d'enfants et poursuit son travail théorique à travers des publications au sein de revues internationales (356). On retrouve son nom une dernière fois en 1937, dans une liste de psychanalystes russes (un an plus tôt, la psychanalyse, comme on le verra, est interdite) ; on perd ensuite sa trace. Elle décède, semble-t-il, en 1941 dans des conditions encore peu claires (disparue au *Goulag* ou fusillée par les soldats allemands) (165).

⁸⁰ Un de ses patients genevois en analyse didactique sera Jean Piaget (cf. Martin Miller, *Freud au pays des soviets*, Les empêcheurs de penser en rond, 2001, p. 74).

B. La Psychanalyse et la Révolution

1. La révolution, une chance pour la psychanalyse russe ?

a) La psychanalyse dans les premiers temps de la révolution

Avant la Révolution de 1917, la psychanalyse freudienne commence à faire sa place au sein du monde psychiatrique russe, mais ce n'est qu'après les bouleversements révolutionnaires que la psychiatrie russe connaît un grand essor, une grande bouffée d'enthousiasme, s'ouvrant plus avant aux influences de la pensée freudienne.

Reconnue, écrit Martin Miller, la psychanalyse en Russie est désormais dépendante de choix politiques ; les psychanalystes doivent désormais se soumettre aux desiderata du pouvoir et travailler dans les directions énoncées par lui. « Autrement dit, résume Miller, ils ne sont plus seuls maîtres de leur programme » (22).

Les années 1920 sont une période charnière de l'histoire psychanalytique russe ; elle se scinde en deux grands courants : « d'un côté, écrit Tatiana Zarubina, il continue d'exister une *psychanalyse clinique* qui, sous la pression pratique et utilitaire ("refonte de l'homme") des personnages officiels (il s'agit avant tout de Trotski), se développe en pédagogie ; de l'autre côté apparaît le *freudisme*, qui suscite d'intenses discussions dans les sciences humaines. Dans le cas du freudisme, l'intérêt pour la psychanalyse porte sur le plan théorique, mais en aucun cas sur le plan pratique » (352).

b) Figures émergentes de la psychanalyse : Rosenthal, Wulff, Bernstein, Ermakov, Luria

En 1919, Vladimir Bekhterev, pourtant peu intéressé par les travaux de Freud, accepte de nommer le Dr Tatiana Konradovna Rosenthal, médecin-chef du service clinique de l'*Institut des pathologies du cerveau*.

Membre du *Parti ouvrier social-démocrate* depuis 1905 (22), Rosenthal émigre en Suisse dans les suites de la révolution de 1905. Diplômée de l'université de médecine de Zurich en gynécologie en 1909, elle s'intéresse ensuite aux questions neurologiques et psychiatriques.

Membre actif de la *Société Psychanalytique* de Vienne, avant de revenir en Russie après la révolution (349), Rosenthal est à l'origine des travaux psychanalytiques de Petrograd. Lors de l'hiver 1919-1920, elle donne les premières conférences psychanalytiques russes postrévolutionnaires, traitant de l'œuvre de Freud, mais également de celle d'Adler. S'intéressant au travail théorique, T. Rosenthal fonde également une école destinée aux enfants en échecs scolaires souffrant de troubles névrotiques dont la pratique est largement inspirée de la psychanalyse. En 1921, à l'âge de trente-six ans, Tatania Rosenthal se suicide sans qu'une raison ait été mise en évidence.

Coup dur porté à la cause psychanalytique russe son suicide succède à l'émigration de N. I. Ossipov à Prague l'année précédente (22). La psychanalyse russe s'organise autour de figures connues à l'internationale, Moshe Wulff, Nikolai Bernstein et Ivan Ermakov (22).

En 1921, Bernstein participe à l'organisation d'un cercle scientifique à l'*Institut*, qui étudie les questions de la psychologie de la création artistique par la méthode psychanalytique, et participe activement à ses travaux. Parallèlement, Bernstein ouvre une *Maison de l'enfant - Laboratoire d'étude scientifique de l'enfance* à orientation psychanalytique au *Département de psychologie* de l'*Institut*, qui est devenu la première institution russe de psychanalyse de l'enfant (168).

En mars 1922 est fondée à Kazan une *Société psychanalytique*, placée sous la direction d'Alexandre Romanovitch Luria (349), à forte composante médicale ; en mai de cette même année, les sociétés psychanalytiques de Moscou et de Kazan se réunissent au sein d'une *Association psychanalytique russe*.

2. La place officielle de la psychanalyse

a) *L'Institut de Psychanalyse de Moscou*

Durant l'automne 1922, Wulff et Ermakov finalisent la création de l'*Institut de Psychanalyse* de Moscou ; le passage de *Société* à *Institut* autorise le groupe moscovite à former directement des analystes. À l'époque, seuls Berlin et Vienne disposent d'un tel outil (22). En 1924, l'*Institut* devient membre de l'*International Psychoanalytic Association* (I.P.A.) à la demande de Freud, et malgré les réticences d'Ernest Jones, président du Congrès.

Les craintes de Jones ne sont pas dénuées de fondements ; dès 1922 l'organisation psychanalytique moscovite entre en négociation avec la section scientifico-pédagogique du

Soviet soviétique d'État (22). Essayant de démontrer la compatibilité entre la psychanalyse et le matérialisme dialectique, les psychanalystes russes demandent la création d'un organe officiel s'occupant des questions psychanalytiques. En 1923, obtenant l'approbation des hautes instances des autorités politiques, est créé un *Institut de psychanalyse d'État*, dirigé par Ivan Ermakov, qui se chargera de la traduction et de la publication des œuvres de S. Freud, mais également de Carl Gustav Jung, d'Ernest Jones et de Mélanie Klein.

Un congrès de psychoneurologie est organisé à Moscou en 1923 : marqueur de la tolérance qui existe au début des années vingt, le congrès, couvert médiatiquement par des journalistes de la *Pravda* et des *Izvestia*, se caractérise par le pluralisme des points de vue : des présentations psychanalytiques sont réalisées à côté d'exposés centrés sur la réflexologie, le behaviorisme et la psychiatrie biologique (22). « En ces premières années, écrit Michel Aucouturier, l'U.R.S.S. est le seul pays où la psychanalyse bénéficie d'un statut quasi officiel » (351).

Les bouleversements engendrés par la Révolution donnent initialement naissance à un climat favorable à l'expansion d'une psychothérapie novatrice, se posant en opposition avec la morale bourgeoise (351). Ouvertement inspirée du matérialisme dialectique, la psychiatrie russe postrévolutionnaire continue de s'intéresser au courant psychanalytique freudien, pensant y trouver un allié. Les psychanalystes soviétiques, soutenus par l'action gouvernementale, sont en réalité placés sous tutelle d'un régime idéologisé ; il faut donc à la psychanalyse démontrer son adéquation avec le marxisme-léninisme ou, pour le dire différemment, démontrer ses postulats à partir d'une « base empirique acceptable d'un point de vue scientifique et sur une idéologie enracinée dans une structure marxiste » (22). Comme l'écrit Jacquy Chemouni, « loin d'entraver le développement de la psychanalyse, la révolution est parfois perçue comme un facteur qui favorisera son extension pratique. La psychanalyse connaît alors un tournant politique qui, s'il peut s'avérer fructueux sur le plan de son application aux phénomènes de la société, reste d'une grande pauvreté sur le plan de l'innovation théorico-clinique » (357).

Les psychiatres et psychologues marxistes commencent à discuter de psychanalyse ; si ce freudo-marxisme ne sera jamais un courant homogène, il est loin d'être négligeable, tant d'un point de vue des réalisations concrètes que dans l'ordre du théorique.

b) *Véra Fedorovna Schimdt (1889-1937) et le Jardin d'enfants expérimental*

Après la guerre civile se pose le problème des enfants abandonnés et livrés à eux-mêmes, les *bezpizrorniki* ; la psychanalyse russe trouve ici un vaste terrain d'application pratique (351) ; des organismes sont créés pour les enfants névropathes, largement axés autour de la question éducative pensée à partir de la psychanalyse (22), remplaçant les méthodes punitives alors adoptées.

Le courant pédagogique issu de la psychanalyse russe va principalement se développer à partir de l'action de Véra Fedorovna Schimdt (1889-1937).



Figure 45 : Véra Fedorovna Schimdt (1889-1937)

Femme du mathématicien et explorateur Otto Schmidt, tous deux membres de la *Société Psychanalytique* de Moscou (349), Véra Schmidt débute un travail de pédagogie analytique en fondant, le 19 août 1921, le *Detski Dom*, le *Jardin d'enfants expérimental* de Moscou, rattaché à l'*Institut de neuropsychologie de Moscou* (358). Le projet de Schmitt entre en résonance avec les aspirations du parti qui souhaite fonder, à travers la modification en profondeur de la société, un homme nouveau ; le projet est initialement soutenu par les autorités. Signe de cet intérêt pour les questions éducatives, citons Léon Trotski qui en 1923 écrit ce qui suit :

La révolution n'est pas une révolution si elle ne porte pas le plus grand intérêt aux enfants ; ils sont l'avenir au nom duquel elle s'effectue (358).

Comme l'écrit Jean-Marie Brohm, « on retrouve [...] une filiation historique que Véra Schmidt pressent en partie. Il s'agit de la tendance qui, de Freud à Férénczi et M. Klein, en passant par W. Reich, affirme la nécessité de dire la vérité, toute la vérité aux enfants, justement dans les questions les plus délicates, les plus difficiles » (358).

Visiteur du Jardin d'enfants lors de son séjour en U.R.S.S., Wilhelm Reich témoigne de l'approche novatrice de l'expérience :

Le travail de Véra Schmidt était la première tentative dans l'histoire de la pédagogie pour donner un contenu pratique à la théorie de la sexualité enfantine. À ce titre, elle revêt une importance historique comparable, quoique sur une toute autre échelle, à la Commune de Paris (359).

Le *Jardin d'enfants* accueille initialement trente enfants, d'âges (un à cinq ans) et d'origines sociales différentes (358). Les éducatrices s'occupant des enfants doivent tenter d'analyser leurs comportements afin de séparer les phénomènes inconscients infantiles des manifestations conscientes, et travailler sur le phénomène de transfert qui se joue avec les enfants dont ils ont la charge (358). L'objectif avoué de l'école est de fonder une éducation basée sur la confiance et l'affection plutôt que sur l'autorité (358).

Au lieu de condamner l'enfant pour des pulsions qui proviennent de son inconscient et vis-à-vis desquelles il se trouve impuissant, nous devons lui venir en aide pour qu'il puisse les maîtriser. Nous pouvons arriver ainsi à lui donner conscience de sa force au lieu de lui laisser éprouver sa faiblesse. [...].

Notre tâche est [...] d'apprendre à l'enfant à comprendre progressivement la signification des conditions réelles du monde extérieur et ainsi à l'inciter à surmonter le principe de plaisir, à remplacer celui-ci par le principe de réalité (358).

Les punitions sont dès lors prohibées ainsi que les manifestations d'amour jugées excessives.

Dans le jardin d'enfants expérimental, il n'y a pas de punitions. Les éducatrices sont tenues de ne jamais parler sur un ton sévère aux enfants. Tout jugement subjectif est proscrit. La louange et le

blâme ne sont, à notre avis, pour l'enfant que des jugements de valeur d'adultes, incompréhensibles pour lui, et ne servent qu'à exciter son ambition et son amour-propre. C'est pourquoi nous nous efforçons toujours de ne juger que le résultat objectif de l'action de l'enfant, et non de l'enfant lui-même. [...]. Les manifestations d'amour impétueuses de la part des adultes (baisers ardents, étreintes chaleureuses, etc.), qui excitent sexuellement l'enfant et dégradent son amour-propre, sont strictement interdites dans le Jardin d'enfants expérimental. Elles répondent en effet bien plus au désir des adultes qu'au besoin des enfants (358).

« V. Schmidt, écrit Brohm [souligne] l'importance de garantir les possibilités de libre exercice des activités ludiques et de plaisir, de garantir un minimum de gain de plaisir à l'enfant et de faciliter les processus de sublimation progressive sans contrainte externe ni violence morale, mais uniquement par le jeu des nouveaux intérêts offert à l'enfant par l'environnement pédagogique adéquat » (358). L'organisation de l'école est pensée afin que les enfants puissent avoir une liberté de mouvement maximale, adaptée à leurs âges, tandis que les manifestations sexuelles et de curiosité sont considérées avec bienveillance (358). Les enfants du Jardin vivent à l'année dans la structure, et ne reçoivent la visite de leurs parents qu'une fois par semaine.

[Les parents] viennent tous les dimanches [rendre visite à leurs enfants]. Les enfants se réjouissent beaucoup de ces visites, mais quittent leurs parents sans larme ou résistance. Malgré leur grand attachement aux éducatrices, ils aiment beaucoup leurs parents, s'en souviennent fréquemment (358).

En octobre 1923, Vera et Otto Schmitt se rendent à Berlin et à Vienne pour informer le mouvement psychanalytique de l'existence de l'expérience (349). Le couple rencontre Freud, Otto Rank et Karl Abraham qu'ils leur « ont fourni une série d'indications précieuses pour la pratique du home d'enfants⁸¹. En particulier, la question de l'éducation collective et de la

⁸¹ Le témoignage de Wilhelm Reich nuance en partie cette histoire ; « Il ne faudrait pas non plus passer sous silence le fait que l'Association psychanalytique internationale avait eu aussi une attitude mi-septique, mi-hostile, à l'égard de l'expérience de Vera Schmidt. Cette attitude négative annonçait déjà le développement ultérieur de la psychanalyse en une théorie anti-sexuelle » (Wilhelm Reich, *La Révolution sexuelle*, Union Générale d'Éditions,

psychanalyse (le destin du complexe d'Œdipe dans les conditions de l'éducation collective) a été mise en discussion » (360).

En 1924, Schmitt rédige *Éducation psychanalytique en Russie soviétique* (358), brochure qui retrace son travail pédagogique ; le texte retient l'attention de Sigmund Freud et de Marie Bonaparte (358).

Dès l'ouverture du home d'enfants, des rumeurs fusent sur la dépravation sexuelle sévissant au sein de l'institution (pornographie, détournement d'enfants) ; les autorités envoient une première commission d'enquête, qui reste sur place plusieurs mois. La commission se divise sur les conclusions, mais les subventions gouvernementales sont supprimées. Peu après, une seconde commission est constituée, à la demande de l'*Institut de psychoneurologie*, qui finance la structure. L'institut se désolidarise idéologiquement et annule sa participation financière (358). Le jardin d'enfants est sauvé par l'aide des mineurs allemands qui, réunis en Congrès à Moscou, décident de financer la structure, qui en signe de reconnaissance prend le nom de "Solidarité internationale" (358). En 1922, le jardin d'enfants se rattache officiellement à l'*Institut d'État de psychanalyse*. Deux autres inspections sont détachées les mois suivants, mais c'est la cinquième inspection, en pleine période de guerre idéologique à la mort de Lénine, qui est fatale pour la structure. Comprenant que les conditions ne sont plus réunies et que la pression exercée va se faire de plus en plus fort, Véra Schmidt décide⁸² de clore l'expérience en mai-juin 1924 (358).

10|18, 1970, p. 350).

⁸² Wilhelm Reich témoigne : « Il faudrait mentionner ici que le foyer d'enfants ouvert par la psychanalyste Véra Schmidt n'a pas été officiellement interdit comme cela a été dit à l'Ouest ; la directrice, comme elle me l'a indiqué personnellement, a fermé d'elle-même le foyer, parce qu'elle s'était rendu compte que les conditions requises pour ce type de travail n'étaient pas encore réunies » (Wilhelm Reich, cité par Jean Marie Brohm, *Présentation*, dans Véra Schmidt, Annie Reich, *Pulsions sexuelles et éducation du corps*, Série "Quel corps ?", 10|18, 1979, p. 35).

3. Psychanalyse et marxisme

a) *Penseurs bolchéviques et psychanalyse : Bykhovski, Reisner, Zalkind*

Petit à petit la psychanalyse sort des sphères médicales et littéraires pour s'immiscer dans des questions politiques : quelle doit-être la place de la psychanalyse dans une société marxiste ?

Un jeune philosophe *bolchevik*, Bernard Bykhovski est à l'origine de ce renversement. En 1923 il publie un article dans les colonnes du grand journal marxiste de l'époque, *Sous la Bannière du marxisme*, intitulé *Des fondements méthodologiques de la théorie psychanalytique de Freud* (22) qui inaugure un débat autour du marxisme freudien. Souhaitent démontrer que les théories de Freud sont compatibles avec les travaux neurologiques et physiologiques de Bekhterev et Pavlov, mais également avec la pensée marxiste, il propose l'exposé le plus complet de la pensée freudienne paru dans une revue *bolchevik* (361).

Évoquant un « noyau sain de la psychanalyse », proche du matérialisme dialectique, Bykhovski pense que la théorie freudienne autorise à constituer les bases d'un monisme matérialiste en matière de psychologie (362). Doctrine matérialiste s'ignorant, Bykhovski voit dans la psychanalyse l'utilisation dans le domaine de la psychologie de l'objectivisme, du monisme matérialiste, de l'énergétisme et de la dialectique.

Peu après la publication de l'article de Bykhovski paraît dans *La Presse et la révolution* un long article de M. A. Reisner (1869-1929), *Positions de Freud et de son école sur la religion* (1924). Si Bykhovski n'est pas un bolchevik de premier rang, il en est autrement pour Resnier. Spécialiste de droit constitutionnel et de philosophie du droit (363), Reisner est diplômé de la Faculté de Droit de Varsovie en 1893 ; il enseigne de 1893 à 1896 avant de se rendre à Heidelberg pour y travailler deux ans durant. De 1898 à 1903, il est nommé professeur de Droit de l'Université de Tomsk. À la suite de la révolte estudiantine de 1903, Reisner, marxiste et militant du Parti social-démocrate russe, est forcé à émigrer en Allemagne puis en France ; il retourne en Russie en 1907 et est nommé conférencier à l'Université de Saint-Pétersbourg.

Après la révolution, le légiste est chargé par le gouvernement de rédiger la loi sur la séparation de l'Église et de l'État et est un des principaux auteurs de la première Constitution soviétique. Par la suite, il enseigne à l'Université de Petrograd, travaille auprès de Lounatcharski au commissariat à l'Instruction dès le début des années 1920 et en 1924, est nommé directeur du département de psychologie sociale à l'*Institut de psychologie*.

Intéressé par la psychanalyse, Reisner est, selon la formule de Miller, « l'un des personnages les plus puissants, du point de vue de l'autorité de l'État, lié aux freudiens de cette époque » (22). Tout en continuant son action au sein du gouvernement, il devient membre de la *Société psychanalytique* ; en compagnie de Pavel Blonski, psychologue de l'éducation, fondateur de l'*Académie communiste de l'éducation* et membre de la *Société psychanalytique*, Reisner organise des conférences et des séminaires sur le freudisme à l'*Académie communiste* du parti (22).

Dans son article de 1924, Reisner tente de démontrer la convergence de Marx et Freud sur la question de la religion. Pour Reisner, les recherches de Freud (particulièrement *Totem et Tabou* de 1913) éclairent nouvellement la question religieuse. Les écrits de Theodor Reik, *Probleme der Religionpsychologie*, de William James, *Varieties of Religious Experience*, de C. G. Jung et d'Otto Rank sont également d'importantes contributions.

Reisner souligne que les écrits de Marx et Engels sur la religion tentent de cerner la place donnée à cette dernière dans les sociétés précapitalistes et capitalistes, mais n'ont nullement permis une compréhension pleine et entière du sujet dans la société moderne. Basant uniquement leurs théories sur des considérations socio-économiques, ils n'ont pu traiter de « la psychologie de la religion » ; ce manquement pour Reisner, écrit Miller, rend « impossible, d'un point de vue marxiste, de comprendre le sens des aspirations et des symboles religieux ou leur pouvoir d'attraction sur les masses depuis des siècles » (22). L'angle mort de la pensée marxiste sur la question se trouve être son incapacité à penser le fait psychologique individuel au profit des structures de classe, pourtant impuissantes à cet effet.

Les études antérieures de Herbert Spencer, Lucien Levy-Bruhl et de William James, qui parlent, pour l'engagement religieux, de motivation subconsciente, ont apporté d'intéressantes contributions, mais c'est à Freud, et ses disciples, souligne Reisner, que l'on doit les avancées les plus décisives.

Ces apports freudiens « à l'étude scientifique de la religion » sont, pour Reisner, essentiels ; en effet Freud a démontré que l'origine cachée de la dynamique sociale se trouve dans « l'état mental sexuel » (*mysclenie*). Pour Freud, ces conflits sexuels non résolus se déplacent (*vytesnenia*) vers d'autres buts, sociaux et culturels afin de se résoudre. Là est la révolution conceptuelle apportée par le viennois : les fantasmes érotiques inconscients de l'enfance peuvent réapparaître secondairement dans le développement de l'individu sous une forme d'engagement religieux. Cet engagement revêt souvent un caractère pathologique, un spiritualisme extrême et coercitif dominant parfois la personnalité dans sa volonté d'atteindre

des objectifs irréalistes ou de se livrer à des fantasmes d'assouvissement (22).

Pour Reisner, le phénomène de sublimation qui a lieu dans le phénomène religieux est central et s'articule avec le matérialisme historique de Marx : derrière le phénomène de l'engagement religieux, écrit Reisner, il existe un tissu émotionnel complexe, conflits mêlant sentiments de dépendance et d'indépendance, de valeur et d'absence de valeur. Le développement de l'individu, développement tant social qu'individuel, sera structuré par intermédiaire de figures d'autorité. Les hommes attirés par la religion sont bien souvent en recherche de consolation de conflits personnels contradictoires qui pèsent. Cette analyse, jumelée à la théorie marxiste, permet de comprendre les raisons ayant justifié le rôle de l'Église dans le maintien de l'ordre. Ainsi, pense Reisner, Freud fournit un tableau plus complet de « la religion qui ordonne le monde », offrant à la domination de classes une justification symbolique.

À partir des travaux de Freud, la religion, écrit Reisner, peut se définir comme « une organisation sociale du caractère sexuel de l'homme et de l'activité qui lui est associée ». Cette organisation, pour se maintenir, a besoin que les conflits et les instincts sexuels soient massivement déplacés au profit de rituels symboliques et de cérémonies soutenant la structure politique et économique étatique : ce système autorise ainsi l'individu à supporter l'exploitation du travail, car cette dernière est soutenue par la religion, réalisant « la sublimation des forces créatrices de l'homme par le pouvoir des révélations » (22).

Ainsi, bien que Reisner reproche à Freud d'être « schématique et partial dans son point de vue sur le processus historique » (22), il valide l'adéquation de sa théorie avec le matérialisme historique.

Comme l'écrit Martin Miller, « l'article de Reisner est une contribution à la fois à la psychanalyse appliquée et à la théorie sociale communiste. Si elle constitue une étude subtile et profonde de la psychologie sociale de la religion, son vrai message porte sur la façon dont une société est contrainte d'accepter des formes de croyance et d'opinion. Reisner a peut être officiellement traité de l'Occident "bourgeois" dans son débat sur les motifs inconscients qui ont conduit l'individu vers les institutions spirituelles, mais son exposé de la soumission aux figures de l'autorité et du sacrifice de la liberté au profit de l'ordre peut aisément se lire comme une mise en garde à tout lecteur soviétique. Le fait que les idées de Marx et de Freud se confondent est le signe, selon Reisner, que l'individu doit partout se méfier des forces de séduction du pouvoir, qu'elles soient soumises à des croyances spirituelle ou laïque » (22).

En 1924 est organisée à Petrograd une grande réunion nationale des psychiatres et neurologues ; le Dr Alexander Brossovitch Zalkind (1888-1936) défend devant ses confrères la psychanalyse alors que les différentes écoles de psychologie sont examinées (22).



Figure 46 : Alexander Brossovitch Zalkind (1888-1936)

La même année, A. B. Zalkind publie un article complétant son intervention au Congrès, *Freudisme et marxisme*. Son objectif est de fonder une psychologie marxiste qui établira que « l'âme est le reflet biologique de l'existence sociale humaine » (22). Résolument matérialiste, il souhaite rejeter l'héritage idéaliste en science ; pour ce faire, il pense trouver dans la réflexologie de Pavlov et les travaux de Freud « les deux grandes études biologiques nouvelles qui font exploser, au sens littéral du terme, les vieilles notions relatives aux fonctions mentales » (22). Zalkind applique la "réflexologie" à la psychanalyse, méthode d'objectivation scientifique du psychisme humain. Bien que critique sur certains points des théories de Freud – principalement sur le rôle donné à la sexualité et la trop grande importance accordée à l'individu –, Zalkind souligne l'intérêt que peut revêtir la psychanalyse et sa convergence avec la science médicale matérialiste et avec la philosophie marxiste (22).

b) Psychanalyse : idéalisme ou matérialisme ?

La réplique ne tarde pas à venir ; quelques mois après la parution de l'article d'A. B. Zalkind, l'idéologue du parti V. Iourinets apporte une réponse polémique dans un article ayant également pour titre *Freudisme et marxisme* et publié dans *Sous la Bannière du marxisme*. Bien que ne citant pas nominalement Bykhovski, Reisner et Zalkind, le papier est clairement une réfutation de leurs thèses. Usant volontiers d'un ton polémique, sarcastique et plein d'autosatisfaction (22), Iourinets considère le freudisme, héritier de la décadence idéaliste occidentale⁸³, comme une menace pour la révolution.

⁸³ Critique, on le voit, aux tendances slavophiles marquées.

Le freudisme, écrit-il, est actuellement associé au progrès de l'époque wagnérienne *ad hoc*, et lié au retour de l'idéalisme.

La psychanalyse, se drapant d'illusoires prétentions matérialistes, doit être combattue et condamnée par les marxistes (22).

M. A. Reisner, répondant aux critiques de Iourinets, rédige un long article en trois parties pour *La Presse et la révolution* dans lequel il se propose d'analyser l'apport des théories freudiennes pour l'étude des conflits sociaux. Reisner tente de justifier l'apport des travaux de Freud dans le domaine social, et non plus uniquement psychologique. L'apport majeur de Reisner est d'essayer de démontrer que le concept individuel de "principe de réalité" est également fonctionnel au niveau sociétal. Ce principe de réalité social peut fonctionner de manière saine, favorisant la production, mais également peut dysfonctionner, proposant un principe destructeur et pathologique.

Citant dans l'article à la fois *Le Capital* et *Introduction à la psychanalyse*, Reisner tente de penser le rapport entre conflit conscient de classes et conflit inconscient individuel dans l'aliénation capitaliste. Il conclut que la prison dans laquelle est enfermée la classe prolétarienne est autant d'ordre économique que psychologique : pour pleinement saisir l'aliénation, il s'agit de suivre à la fois Freud et sa description de la sublimation et de la répression dans la société et Marx et sa représentation de l'oppression de la classe laborieuse. Ainsi, les prolétaires sont cernés par l'esclavage salarié et plongé dans un état psychologique d'illusion et d'aveuglement, particulièrement dangereux et pernicieux, parce qu'état majoritairement inconscient.

Les gouvernants de la classe dirigeants sont particulièrement habiles, pense Reisner, pour manipuler cet état psychologique en jouant avec les symboles de la famille, de la religion et de la patrie. Ainsi, sous le régime autocratique qui prévalait avant la révolution russe, la "famille patriarcale" a largement été utilisée comme symbolique de fidélité au régime. Ainsi, la figure du tsar, père idéal dans la mythologie du régime, est devenue un puissant symbole, permettant au peuple de croire que ses propres problèmes seraient atténués par ce processus d'identification symbolique⁸⁴.

⁸⁴ « Le foyer paysan russe s'organisait selon un modèle autoritaire simple, qui confiait à une seule personne, appelée *bol'chak* ou *khoziain*, l'autorité totale sur les membres de la famille et sur leurs biens. Ce patriarcat familial était en général le père, mais le poste pouvait être également être confié d'un commun accord à un autre adulte mâle. [...]. La loi coutumière paysanne lui reconnaissait une autorité incontestée sur son *dvor* [...]. Il était le *pater familias* dans le sens le plus archaïque du mot, une réplique en miniature du tsar ». Richard Pipes, *Les Révolutions Russes, 1905-1917*, Éditions Perrin, 2018, p. 129.

Avec ce texte Resnier peut être considéré comme un précurseur majeur du freudo-marxisme ; oublié, il anticipe largement les travaux de W. Reich et d'H. Marcuse. S'il est possible que Reich ait pu lire certains travaux de Reisner, il semble que Marcuse n'ait pas connu l'œuvre de son prédécesseur. « Aucun [savant de l'école de Francfort], écrit Miller, ne semble avoir été conscient du travail précédemment réalisé en Russie par Reisner [...] » (22).

c) *Marxisme et psychanalyse : prise de position des cliniciens*

Dès 1925, deux camps se font face au sein des idéologues du parti : adversaires et partisans de l'application de la théorie psychanalytique au marxisme. Cette polémique n'est pourtant pas menée par des cliniciens.

Cette lacune est rapidement comblée : paraît, en 1925, *Psychologie et Marxisme*, édité par les éditions d'État soviétiques. Dans ce recueil le psychologue Aleksandr Louriia écrit *La psychanalyse comme système de psychologie moniste*. Comme l'écrit Alberto Angelini, « Louriia [...] appartient à un groupe de jeunes scientifiques russes arrivés à la psychanalyse par l'élan du matérialisme historique marxiste » (349). Selon Louriia, fidèle à la pensée matérialiste, « l'esprit humain est un produit du cerveau et en dernière analyse, des effets de l'environnement social, des rapports de classes et des conditions de production qui le fondent, sur ce même cerveau et sur chaque être humain pris individuellement » (22). Cependant il manque à l'approche matérialiste une méthode dynamique lui permettant d'appréhender la totalité de la question humaine : la psychanalyse peut être celle-ci.



Figure 47 : Alexandre Romanovitch Louriia (1902-1977)

Pour A. Louriia la psychanalyse, psychologie radicalement moniste, est une « approche matérialiste à l'ensemble de la personnalité et des forces motrices de l'âme individuelle » et révèle « une biologie entièrement nouvelle de l'esprit » (22).

I. Kannabikh, figure d'importance de la psychiatrie russe défend dans son *Histoire de la psychiatrie* (1929) Freud comme un représentant progressiste face au formalisme statique et impersonnel de la psychiatrie initiée par Emil Kraepelin. De Freud, Kannabikh écrit que :

Même ses adversaires, en dépit de leurs cinglantes attaques, ne pouvaient pas entièrement se dérober à l'influence de la psychanalyse : les études de l'inconscient, des complexes, de la répression, de la sublimation, du symbolisme, et finalement le principe lui-même de l'intelligibilité de beaucoup de symptômes psychopathologiques comme réactions strictement déterminées et compréhensibles – tout ceci, d'une manière ou d'une autre, laisse son empreinte sur beaucoup de branches de la psychiatrie, pour ne rien dire de la pratique psychothérapeutique. De quelque manière que la science puisse estimer l'étude de Freud dans son ensemble dans l'avenir, on ne peut nier que grâce à lui nous avons considérablement progressé dans notre connaissance de beaucoup de mécanismes du comportement humain (32).

Le grand physiologiste russe, Nobel de médecine de 1904, Ivan Petrovitch Pavlov (1849-1936), dont les travaux inspireront profondément la science soviétique, se réjouit initialement de la future rencontre entre les travaux pavloviens et psychanalytiques, avant que d'en critiquer la direction⁸⁵ :

Quand je pense à Freud et à nous autres physiologistes, je me représente deux équipes de mineurs ayant entrepris de creuser un tunnel au pied d'une haute montagne afin d'accéder à la lumière qui est la compréhension du psychisme humain. Mais Freud s'est dirigé vers le bas et s'est perdu dans le maquis de l'inconscient,

⁸⁵ « Les états morbides nerveux ainsi produits chez les animaux correspondent en grande mesure aux maladies psychogènes de l'homme. Ce sont le même surmenage, les mêmes collisions entre le processus d'excitation et d'inhibition que ceux que nous observons dans notre vie. Supposons, par exemple, que pour une raison quelqu'un m'ait profondément offensé, et que pour une raison ou pour une autre, j'aie été dans l'impossibilité de répondre à cette offense par un mot ou, d'autant plus, par une action correspondante, et que j'aie été obligé de surmonter en moi-même cette lutte, ce conflit de mes processus d'excitation et d'inhibition. Supposons que cela se soit répété plusieurs fois.. Voilà ce qui nous conduit journellement à la névrose, à la rupture intérieure. En effet, quelle pourrait bien être la différence physiologique entre ces collisions et ce que nous faisons quand nous heurtons l'un contre l'autre, chez nos animaux d'expérience, les processus d'excitation et d'inhibition ? » (Ivan P. Pavlov, cité par Ivan P. Pavlov, pathologie expérimentale de l'activité nerveuse supérieure, dans *La psychopathologie et la psychiatrie, Œuvres choisies*, Éditions de langue étrangère, Moscou, 1961, p. 406.

tandis que nous, nous finirons par sortir au grand jour, nous achèverons la construction du tunnel. Cela ne fait aucun doute ; car notre direction est la bonne. [...]. Notre étude des relations de l'écorce et la sous-écorce nous permet déjà d'établir les voies de développement du processus nerveux conscient ou inconscient ; nous avons découvert le phénomène de l'induction corticale, nous avons appris à reproduire les névroses et rattaché la clinique à la physiologie. Tandis que Freud en est encore à essayer de deviner les états intérieurs de l'homme (17).

Si Pavlov reproche à Freud l'importance prégnante qu'il donne à la question sexuelle, il lui reconnaît des mérites certains. Ainsi, en 1934, lors d'un de ces célèbres *Entretiens du mercredi*, Pavlov rapporte le cas d'une jeune patiente hystérique souffrant d'une paralysie des membres inférieures, traité par la méthode cathartique de l'hypnose, et souligne, malgré son approche psychobiologique, l'importance d'une approche psychologique lors des psychothérapies :

Quand il se trouve des points coincés et enfouis qui existent et agissent obscurément, sur lesquels on ne peut exercer aucune action, mais qu'il faut ramener à la conscience [...] c'est alors qu'intervient l'art de Freud, un art positif (110).

La mort de Lénine (1924) vient bouleverser les données de ce questionnement ; le pays est bouleversé par de violents courants antagonistes désirant influencer sur le cap de la révolution. Dès lors tout est jugé à l'aune du politique, la psychanalyse ne faisant pas exception, s'attire par là des ennemies mortelles.

C. Les révolutionnaires et la psychanalyse

Il n'existe pas d'unanimité des révolutionnaires sur la question de la psychanalyse. Trois grandes tendances existent.

Une part des théoriciens de la révolution, Lénine en tête, condamnent la psychanalyse comme théorie bourgeoise et antirévolutionnaire (357).

D'autres chefs du mouvement, Trotski et Ioffé principalement, sont convaincus qu'une alliance est possible entre Freud et Marx ; leur vision de la pensée de Freud se révèle, comme on va le voir, en réalité limitée et déformée (357).

1. Lénine et la psychanalyse

Vladimir Ilitch Oulianov, dit Lénine, professe une vision du monde résolument matérialiste ; cette conception s'étend bien sûr aux études médicales et psychiques. Comme il l'écrit :

le psychique, la conscience, etc., sont le produit suprême de la matière (le monde physique) ; une fonction de ce morceau de matière si complexe qui s'appelle le cerveau de l'homme (297).

Lénine n'a jamais directement écrit sur la question de la psychanalyse bien qu'il soit presque certain qu'il est lu certains des ouvrages de Freud – dans sa bibliothèque privée, on retrouve trois volumes du père de la psychanalyse (134) ; si en 1925 paraît de manière posthume un texte de Lénine dans lequel il indique qu'il pourrait « un jour donner une conférence ou écrire [sur Freud] ; mais pas pour le moment » (22), le chef de la Révolution est discret sur sa vision de la psychanalyse (134). Sa femme, Nadejda Kroupskaïa, publie en 1923 un article dans laquelle elle écrit que :

Freud ne prend pas simplement en compte le rôle de la sexualité dans nos actes. Il exagère démesurément ce rôle lorsqu'il explique par les penchants sexuels toutes les actions du subconscient. Un grand nombre de ses explications, artificielles et tirées par les cheveux, sont, par ailleurs, imprégnées d'une attitude bourgeoise et philistine envers les femmes (22).

La féministe socialiste Clara Zetkin (1857-1933) rapporte un témoignage de propos verbaux tenus par Lénine sur la psychanalyse :

La théorie freudienne est en vogue. Je me méfie des articles, dissertations, pamphlets, etc., en bref, de toute cette littérature qui s'épanouit avec luxuriance sur le sol fangeux de la société bourgeoise. Je me méfie de ceux qui contemplent en permanence les questions sexuelles, comme l'Indien religieux son nombril. Il me semble que ces théories sexuelles dont on se nourrit, qui sont en grande partie arbitraires, naissent du besoin individuel de justifier l'anormalité individuelle ou l'hypertrophie de la vie sexuelle face à la morale bourgeoise. [...] Ce respect masqué

pour la morale bourgeoise me paraît tout aussi répugnant que le fait de fureter dans le sexuel. Aussi folle et révolutionnaire que puisse être cette attitude, elle reste en réalité on ne peut plus bourgeoise. C'est essentiellement, un passe-temps pour les intellectuels et ceux qui les côtoient. Il n'a pas sa place dans le parti, dans le prolétariat, sa conscience de classe et son combat (22).

2. Les révolutionnaires favorables à la psychanalyse

a) *Léon Trotski (1878-1940)*

Malgré l'hostilité de Lénine à l'égard de la psychanalyse il existe certains membres du parti *bolchevik* qui lui portent un regard positif : Otto Schmidt, mathématicien et directeur des éditions d'État au moment où Ermakov fait paraître la collection dédiée à la psychanalyse, est favorable à ses travaux tandis que sa femme, on l'a vu, Vera Schmidt, dirige un institut psychanalytique d'enfants⁸⁶. Nous pouvons également citer Stanislav Chatski, qui s'occupe des questions pédagogiques au gouvernement, mais également Mikhaïl A. Reisner, juriste et professeur de Droit, collaborateur de l'autorité gouvernementale (22). Ce dernier, membre du Commissariat à la Justice, essaye d'utiliser la psychanalyse afin d'établir un lien entre les psychologies individuelles et le comportement des masses (349).

Léon Trotski est le principal théoricien marxiste intéressé par la psychanalyse ; comme l'écrit Chemouni, « il n'existe pas pour Trotski d'incompatibilité entre la psychanalyse et le marxisme. Il ne rejette ou ne critique jamais une conception ou un concept en fonction de son adéquation ou non avec la révolution prolétarienne. [...] Les concepts freudiens l'intéressent dans la mesure où ils éclairent sa vision de l'homme socialiste. Tout comme il ne veut pas, dit-il, régenter l'art, il n'ambitionne pas d'imposer une psychologie de ou pour "l'homme nouveau". Toutefois, la nouvelle psychologie, tout comme l'art, qui suivra la révolution communiste réussie, si elle ne souhaite pas s'inscrire dans une "inadéquation sociale", ne saurait ignorer l'homme désaliéné qui naîtra alors » (357).

Trotski, convaincu de la valeur intrinsèque de la science lorsqu'elle suit les principes du matérialisme dialectique, voit dans la psychanalyse une piste de réflexion qui, pour devenir une

⁸⁶ Il est possible que l'école psychanalytique dirigée par Vera Schmidt s'occupait de Vassili, le fils de J. Staline. cf. Martin Miller, *Freud au pays des soviets*, Les empêcheurs de penser en rond, 2001, p. 229.

véritable science, doit valider ses hypothèses à l'aide de fondements scientifiques solides : comme l'écrit Chemouni, « il trouvera dans la théorie pavlovienne de quoi asseoir ses vérités dans le giron des certitudes inaliénables. C'est là que la psychanalyse devra dorénavant s'inscrire si elle ne veut pas disparaître et n'être qu'un reliquat d'idéologie bourgeoise sans fondement scientifique véritable » (357).

Dans une lettre à Pavlov datée du 27 septembre 1923, le chef de l'Armée rouge indique qu'il voit dans la psychanalyse freudienne « un cas particulier » de la doctrine pavlovienne :

Très honoré Ivan Petrovitch,

Excusez-moi de me permettre, par la présente lettre, de venir vous arracher de vos travaux d'une importance exceptionnelle.

Je présenterai comme excuse que son sujet, bien qu'abordable en dilettante, me semble avoir un rapport direct avec la théorie fondée par vous. Il s'agit des rapports réciproques entre la théorie psychanalytique de Freud et la théorie des réflexes conditionnés. Durant les quelques années de mon séjour à Vienne, j'ai coudoyé d'assez près les freudiens ; je lisais leurs travaux et fréquentais même leurs réunions. Dans leurs manières d'aborder les problèmes psychologiques, j'ai toujours été frappé par le fait qu'ils allient un réalisme physiologique à une analyse quasi littéraire des phénomènes psychiques.

Au fond, la théorie psychanalytique est basée sur le fait que le processus psychologique représente une superstructure complexe fondée sur des processus physiologiques et par rapport auxquelles il se trouve subordonné. Le lien entre les phénomènes psychiques "supérieurs" et les phénomènes physiologiques "inférieurs" demeure, dans l'écrasante majorité des cas, subconscientes et se manifeste dans les rêves, etc.

Votre théorie sur les réflexes conditionnés, il me semble, englobe la théorie de Freud comme un cas particulier. La sublimation de l'énergie sexuelle – thème favori de l'école freudienne – est une création reposant sur les bases sexuelles des réflexes conditionnés n+1, n+2, et suivants.

Les freudiens ressemblent à des gens qui regardent dans un puits profond et assez trouble. Ils ont cessé de croire que ce puits est un abîme ("L'abîme de l'âme"), ils voient ou décrivent le fonds

physiologique et construisent toute une série d'hypothèses ingénieuses et intéressantes, mais arbitraires du point de vue scientifique, sur les propriétés du fond, déterminant la nature de l'eau du puits.

La théorie des réflexes conditionnés ne se satisfait pas de méthodes semi-scientifiques et semi-"littéraires", d'observations faites de haut en bas, mais elle descend jusqu'au fond et revient expérimentalement vers le haut (364).

En 1926, Léon Trotski, alors que la psychanalyse connaît des conflits avec l'autorité bolchevik, défend de nouveau les disciplines russes de Freud :

Il serait trop facile et sommaire de déclarer la psychanalyse incompatible avec le marxisme et de lui tourner le dos. Dans tous les cas, nous ne sommes pas obligés non plus d'adopter le freudisme. C'est une hypothèse de travail. Elle peut produire, et elle produit effectivement, des déductions et des conjectures qui signalent une psychologie matérialiste. À la longue, l'expérimentation décidera. En attendant, nous n'avons aucune raison ni aucun droit de proscrire une méthode qui, même si elle est peut-être moins fiable, tente d'anticiper les résultats vers lesquels la méthode expérimentale n'avance que très lentement (22).

Si Trotski reconnaît aux questionnements sur le psychisme une pertinence, il oppose toutefois la dimension psychologique à la dimension historico-économico-sociologique ; c'est la seconde qui, selon lui, détient la primauté (357).

b) Adolf Abramovitch Ioffé (1883-1927)

Adolf Abramovitch Ioffé (1883-1927) sera l'autre grande figure révolutionnaire qui s'intéresse à la psychanalyse. Avant la révolution il est un ami personnel la famille Adler et s'intéresse à la question psychanalytique (357). Révolutionnaire de la première heure – il est membre du parti social-démocrate depuis 1903 – il est nommé négociateur aux rencontres de Brest-Litovk et deviendra ensuite ambassadeur (Londres, Tokyo, Vienne).

Joffé, lors de son exil viennois entame une psychothérapie avec Adler ; la cure dure 4 ans (1908-

1912. C'est par son intermédiaire que Trotski entre en contact avec la psychanalyse ; comme il l'a écrit dans ses mémoires :

Souffrant d'une affection nerveuse [Joffé] suivit un traitement psychanalytique chez le fameux docteur viennois Alfred Adler, qui avait débuté comme disciple du professeur Freud, mais qui, ensuite, fit opposition à son maître et créa sa propre école de psychologie individuelle. Par l'intermédiaire de [Joffé], je pris connaissance des problèmes de la psychanalyse qui me parurent extrêmement séduisant, quoique des choses dans ce domaine restent encore flottantes et fragiles, ouvrant toute carrière à la fantaisie et à l'arbitraire (365).

Bien que ne devenant jamais psychanalyste, Joffé s'intéresse à la théorie freudienne comme philosophie, mais également comme thérapeutique ; en 1913 il écrit un article qui paraît dans la revue de psychanalyse russe, *Psikhoterapia*, intitulé à propos de *l'inconscient dans la vie psychique* (357).

D. L'effacement de la psychanalyse en U.R.S.S.

1. Le déclin

a) Le début des difficultés

À la fin des années 1920 la cause psychanalytique russe connaît de violents remous. Le président de la *Société psychanalytique russe*, Moshe Wulff, regrettant les compromissions toujours plus grandes en faveur du pouvoir *bolchevik*, émigre à Berlin. Wulff se rend par la suite en Palestine où il fondera l'*Israël Psychoanalytic Society* (22). Son remplaçant à la tête de la *Société psychanalytique*, Iouri Kannabikh (1872-1932)⁸⁷, n'a pas la stature de Wulff et le niveau global est en baisse.

⁸⁷ I. V. Kannabikh est diplômé de la division d'histoire naturelle (1896) et de médecine (1899) de l'Université de Moscou ; il s'oriente vers la psychiatrie et poursuit sa formation auprès d'Emil Kraepelin. A son retour en Russie, il travaille auprès d'une clinique s'occupant de la prise en charge des maladies internes, savoir nécessaire selon lui à sa pratique de psychiatre. De 1905 à 1909 il travaille à l'Unité d'admission des malades mentaux à Moscou, auprès du Dr. A. N. Bemshteyn. Il donne également des conférences sur l'histoire de la psychiatrie dans le cadre de la formation post-doctorale des psychiatres russes.

Après avoir soutenu sa thèse en 1914 sur les cyclothymies, Kannabikh est nommé professeur de psychiatrie à Tachkent (1920) avant de revenir à Moscou en 1921 pour s'engager auprès de nombreuses organisations de recherches scientifiques ; il suit une alors un cours de psychologie médicale à l'École supérieure de Médecine et un cours de psychothérapie à la clinique de P. B. Gannushkin. Il s'intéresse également à la "psychiatrie mineure" et aux questions de prophylaxie neuropsychiatrique. Il rédige un ouvrage de référence sur l'histoire de la psychiatrie russe en 1929. *Kannabikh, Iurii Vladimirovitch*, The Great Soviet Encyclopedia, 3rd Edition (1970-1979), URL : <https://encyclopedia2.thefreedictionary.com/Iurii+Vladimirovitch+Kannabikh>

En 1926 le gouvernement décide de ne plus financer l'*Institut psychanalytique* qui disparaît, ne laissant plus que la *Société psychanalytique* en lice. Vera Schmidt, présidente de la *Société* depuis 1927 (358), regrette dans son dernier rapport à l'I.P.A. que la *Société* :

manque d'analystes convenablement formés avec lesquels un travail sérieux peut être entrepris dans les divers domaines de la médecine et des organisations médicales (22).

b) Le tournant de 1927

La grande offensive débute en 1927 avec la parution du livre de V. N. Volochinov (1895-1936) intitulé *Ecrits sur le Freudisme* (366). S'attaquant à la « nature subjective » du freudisme et à sa « surestimation de la composante sexuelle », Volochinov croit voir dans la psychanalyse la réponse bourgeoise à des conflits propres à un système capitaliste :

La psychanalyse est intimement liée à l'idéologie décadente de la bourgeoisie. [...] Une analyse objective, réfléchie, de toutes les facettes du freudisme ne peut laisser le moindre doute sur la légitimité de l'évaluation marxiste de la doctrine présentée ici (366).

Freud, dans une lettre à Ossipov datée de février 1927, est conscient de la difficulté croissante pour les psychanalyses russes de poursuivre un travail clinique :

Les choses vont mal en Russie soviétique. On ne sait pas trop pourquoi les bolcheviks se sont mis en tête que la psychanalyse était hostile à leur système. Vous connaissez cette vérité que notre science ne peut être mise au service de quelque parti que ce soit, mais elle a, quant à elle besoin, pour se développer, d'une certaine liberté d'esprit (22).

Le nombre de publications propsychanalytique baisse drastiquement et, en 1930, les travaux psychanalytiques s'arrêtent presque complètement.

2. Les attaques

a) *Les premières soumissions*

En 1930 est organisé un Congrès sur le comportement humain ; contrairement au congrès de 1923, ce dernier se destine à la reprise en main par l'idéologie du parti sur la recherche psychologique en vue d'établir une psychologie marxiste hégémonique.

Insistant sur l'importance de l'adoption d'une méthodologie matérialiste en psychologie, les membres du Congrès attaquent les chercheurs du début des années 1920, suspect d'influences occidentales et bourgeoises ; le propos, loin d'être basé uniquement sur des critères scientifiques, est bien souvent d'ordre polémique : comme l'écrit Martin Miller, « le style agressif et le contenu hostile des premiers affrontements politiques, qui caractérisent le parti *bolchevik* avant sa montée au pouvoir et surtout depuis la révolution, s'étendent désormais aux domaines de la science, de la recherche et de la culture. Non seulement les théories sont critiquées, mais elles sont condamnées, ce qui équivaut à l'interdiction. Être publiquement désigné comme un théoricien ou un chercheur qui ne s'insère pas dans le paradigme réducteur fixé par le parti est un passeport pour l'oubli, si ce n'est pire » (22).

Devant le raidissement de la politique du parti, certains parmi les anciens freudo-marxistes des années 1920 renient leurs travaux ; A. Zalkind sera l'un d'entre eux. Alors qu'il était une des locomotives du mouvement freudien soviétique, il rejette désormais l'apport de la psychanalyse et devient l'un des critiques les plus virulents à son encontre. Son intervention au congrès de 1930 marque ce renversement :

Supposons que nous ayons pour mission d'étudier l'enfant ou l'adulte dans une institution composée de freudiens. Comment ce collectif freudien s'acquitterait-il de sa tâche ? Aujourd'hui, pour Freud, l'homme existe entièrement dans le passé. Ce passé est en guerre avec le présent et il est plus puissant que le présent. Pour Freud, la personnalité gravite essentiellement autour du passé, et toute tentative pour lutter contre lui à partir du présent conduit à une tragédie. Pour Freud, la conscience est subordonnée à l'inconscient. L'homme est à l'abri des exigences de la société, dans un petit monde à lui où il se construit une stratégie personnelle de comportement. Pour Freud, l'homme est en proie aux forces intérieures, élémentaires.

Quel type de résultats obtiendrons-nous [...] ? Comment utiliser la conception freudienne de l'homme dans la construction socialiste ? Nous avons besoin d'un homme socialement "ouvert", qui soit facile à collectiviser, à transformer rapidement et en profondeur dans son comportement – un homme qui sache se montrer solide, conscient et indépendant, bien formé politiquement et idéologiquement ? "L'homme freudien" répond-il aux exigences de la construction socialiste ? [...] D'une telle institution composée de freudiens, nous obtiendrons dans l'étude du comportement humain des déclarations aussi "importantes" que celles spécifiant que l'homme choisit "inconsciemment" et que le passé dirige tout son comportement (22).

Si le congrès de 1930 marque le début des grandes offensives contre la pensée de Freud, certaines figures favorables au travail de ce dernier tentent de poursuivre une argumentation en faveur de la psychanalyse, bien que nuancées : au cours du congrès, B. N. Birman ose défendre les apports importants de la psychanalyse tout en critiquant le "pansexualisme" freudien. Iouri Kannabikh, alors président de la *Société psychanalytique* oppose Freud à Adler afin de prouver la supériorité de ce dernier. Accorder une valeur, même limitée, à la psychanalyse est, à cette époque, un acte de courage (22).

Malgré ces faibles défenses, le débat autour de la psychanalyse quitte de plus en plus le registre du débat scientifique pour plonger dans l'attaque politique et le discrédit automatique.

b) *La psychanalyse, idéologie anti-prolétarienne*

Peu après le congrès de 1930 paraît un ouvrage à succès écrit par A. Stoliarov, *Le Matérialisme dialectique et les mécanistes*. L'auteur, à travers un chapitre intitulé *Le freudisme et les freudo-marxistes*, s'attaque à la psychanalyse en soi, mais également, dans le pur style stalinien de chasse aux sorcières, nominalement aux communistes ayant favorisé la diffusion de l'œuvre de Freud en Union soviétique : ainsi, A. Zalkind et M. Reisner, parmi d'autres, sont nommément cités pour avoir succombé à l'erreur de croire à la possible compatibilité entre le marxisme et les travaux de Freud (22). Défendre Freud et ses théories ce n'est plus défendre une hypothèse scientifique, ou même une croyance idéaliste ; défendre Freud c'est, pour Stoliarov, être anti-marxiste, bourgeois, réactionnaire, antisocial et anti-prolétarien.

La défaite puis la déchéance de Trotski influencent aussi énormément le destin de la psychanalyse russe ; perdant son principal soutien – soutien modéré – la psychanalyse va également se voir assimilée aux perdants du jour. L'amalgame trotskisme-freudisme se fait ainsi progressivement à travers la parution de certains articles qui dénoncent les marxistes ayant défendu la psychanalyse et « de ne pas frapper résolument et de dénoncer sans pitié l'idéalisme militant de la théorie de Freud [de ne pas] montrer sa confluence avec la science bourgeoise fascisante [et de ne pas] dévoiler sur la base des indications léniniste sa nature de classe et son hostilité pour le matérialisme dialectique » (F. Chemiakine, L. Gerchonovitch, 1932) (357). L'*Institut de Psychologie* de Moscou se donne pour mission de politiser le débat en faveur de Joseph Staline.

F. Chemiakine et L. Gerchonovitch, deux jeunes psychologues du parti, s'appuient sur une lettre de Staline, *De plusieurs problèmes dans l'histoire du bolchevisme*, pour assimiler trotskisme, freudisme et contre-révolution ; pour ces derniers, Trotski « a capitulé devant la psychologie bourgeoise » (22), il s'agit donc de le combattre. Talankine, également psychologue à l'*Institut de Psychologie* moscovite, souligne l'importance de fonder une psychologie prolétarienne et marxiste à partir du discours de Staline au XVI^e congrès du parti dans lequel il souligne le caractère central de « la psychologie des masses et de leur rapport au travail ». Fonder cette nouvelle psychologie nécessite l'éradication de la psychologie bourgeoise ; pour Talankine, la psychanalyse est à la psychologie ce que le *menchevisme* est au politique (22). Comparaison qui ne peut laisser insensible en ces temps troublés. Comme l'écrit le psychologue, M. P. Feofanov (1932) :

l'une des conclusions inéluctables à tirer de la doctrine marxiste-léniniste d'unité entre la théorie et la pratique et de vigilance du parti dans le domaine de la science est que toute faute théorique, toute erreur dans le champ de la méthodologie est inévitablement transformée en erreur politique. [...] Chacune de ces erreurs non seulement affaiblit le front de l'édification socialiste, mais arme nos ennemis (22).

Devant les défections et les attaques de plus en plus ciblées, Alexandre Louria change de discours. Dans un texte de 1932, *La crise de la psychologie bourgeoise*, il indique se placer à la suite des travaux de Chemiakine et de Gerchonovitch : étudiant une large partie de la

psychologie occidentale récente, il relate que les études psychologiques occidentales rentrent toutes en inadéquation avec le marxisme, philosophie qui « aborde l'âme de l'homme contemporain comme un produit du développement, comme un processus complexe qui est le résultat de l'évolution du travail et des rapports sociaux », tandis que la psychologie occidentale considère la psyché comme « un produit naturel, sans rapport avec l'histoire de la société ni ayant aucun lien organique » (22). Louriya aborde la question de la psychanalyse de façon critique, mais respectueuse ; il évoque surtout la spéculation non scientifique et métapsychologique de l'œuvre Freud.

En 1934, le psychologue Vygotsky et le psychiatre V. A. Giliarovski publient, *Le fascisme et la neuropsychologie*, un recueil de textes qui souligne la politisation du débat (357).

3. L'interdiction

a) *La condamnation de Staline*

En 1931 Joseph Staline fait passer un message au monde universitaire dans lequel il souligne l'importance de la vigilance à adopter en matière de théorie afin de ne pas suivre les concepts culturels de la civilisation capitaliste (362).

Cette même année « est une sorte d'année charnière dans l'évolution de la psychiatrie soviétique [...] c'est notamment à ce moment que sont condamnés à la fois les mirages freudo-capitalistes de l'Occident et le testament humanitaire des *zemstvos* de la période prérévolutionnaire » (357).

En 1932 Staline condamne nommément la psychanalyse dans sa lettre *Sur quelques questions de l'histoire du bolchevisme*, comme une « contrebande trotskiste » (352) : cette critique n'entraîne toutefois pas de répression ; les praticiens comme Louriya ou Zalkind continuent de travailler, mais le courant psychanalytique russe n'existe plus.

Staline s'attaque en réalité à un cadavre ; toutefois, par son intervention le rejet théorique des années 1920 se voit doublé d'une "excommunication" politique. La condamnation de la psychanalyse, qu'elle soit d'ailleurs freudienne, jungienne ou adlerienne, se poursuit tout au long de l'histoire scientifique soviétique.

Malgré cette condamnation politique informelle, le débat autour de la psychanalyse, s'il s'essouffle, ne disparaît pas totalement au cours des années 1930 ; en 1933 paraît dans *l'Encyclopédie médicale soviétique* un article sur la psychanalyse (20) : si l'auteur, V. Vnoukov,

s'adonne à une critique d'une psychanalyse jugée bourgeoise, il la réintègre partiellement au sein du débat scientifique :

Toute la théorie de la psychanalyse doit être examinée de façon critique, mais il ne faut pas perdre de vue que par son application il a été établi que des expériences psychiques traumatiques peuvent être découvertes et leur signification pathogène déterminée. [...].

Même si la psychanalyse en tant que théorie est le produit direct d'un certain stade de développement de la société capitaliste, il reste que ce que l'on y trouve n'est pas forcément à considérer comme étant erroné. Ces matériaux doivent être pris en considération et faire l'objet d'un examen approfondi. Tout ce qui passe ainsi au filtre de la critique peut être intégré à notre inventaire (22).

En 1935, K. Veidemiuller et A. Shchelgov rédigent un article sur le "freudisme" pour la *Bolshaia Entsiklopediia*. Selon ces auteurs (20), le terme "freudisme" apparaît dans la critique soviétique pour dénoncer l'infiltration pernicieuse des théories psychanalytiques au sein des domaines de la sociologie, l'esthétique, l'histoire de l'art, etc. S'ils reconnaissent volontiers un caractère progressiste à certaines théories du viennois (compréhension des pathologies, apport à la psychologie classique, interprétation scientifique des problèmes sexuels, etc.), K. Veidemiuller et A. Shchelgov critiquent les tentatives d'applications sociales du freudisme. Étant ultra-individualiste et ne reconnaissant aucune intelligence des conditions sociales du comportement humain, le freudisme n'est nullement à même de pouvoir expliciter la vie sociale de l'homme dans toute sa complexité :

Freud annule le rôle des facteurs socio-économiques et de la lutte des classes, accordant le rôle décisif aux facteurs biologiques et spécialement sexuels. Le biologisme de Freud mène alors au pur idéalisme subjectiviste dans sa manière d'apprécier n'importe quel problème. La psychanalyse est une précieuse théorie scientifique dans l'explication qu'elle fournit du comportement d'une personne atteinte mentalement (mais même ici elle est incomplète et inadéquate) et a quelque importance dans l'explication de quelques aspects de la psychologie, mais ne peut

servir de base matérialiste fondamentale à la psychologie dans son ensemble, pour ne rien dire de la vie sociale dans toute sa complexité.

Dans ses études spéciales psychologiques et psychiatriques, Freud combattait contre l'extrême subjectivisme et idéalisme qui triomphaient en psychologie, et il essaya d'introduire quelques concepts biologiques de base comme fondements pour la psychologie. Mais sa propre conception philosophique et sociologique fut de même purement idéaliste, et représente une des formes de l'opposition bourgeoise au matérialisme. Individualisme extrême, pulsions hédonistes, érotisme, tels sont les traits caractéristiques de l'idéologie de la bourgeoisie décadente (20).

b) Les raisons non politiques de la disparition de la psychanalyse russe

La pression politique n'explique pas entièrement la disparition de la psychanalyse en Russie ; Tatiana Zarubina, dans un article très fouillé (352), démontre que, plus qu'une interdiction politique, c'est l'idiosyncrasie de la pensée slave qui rejette petit à petit la psychanalyse freudienne. Comme l'écrit Tatiana Zarubina, « il semble que la psychanalyse, si populaire dans les milieux médicaux dans les années 1910 et dans les sciences humaines et sociales des années 1920 ait disparu toute seule, comme si on avait perdu tout intérêt pour la théorie de Freud, comme si cette théorie s'était avérée inapplicable sur le sol russe » (352). Ce n'est pas seulement l'interdiction ou la répression qui fit disparaître la psychanalyse en Russie, mais bel et bien le particularisme slave ; Zarubina démontre que l'origine se trouve dans le concept russe de *Sujet*, concept incompatible avec le concept psychanalytique : « le nœud de cette incompatibilité est la question du *Sujet* et de sa perception. Si, dans la théorie psychanalytique de Freud, le *Sujet* est vu comme *Sujet* traversé par l'inconscient, *Sujet assujetti* [...], en Russie le *Sujet* est le plus souvent perçu comme *Sujet actant*, traçant les frontières de soi et de l'autre [...]. Si le *Sujet* est actant, il ne peut pas être divisé ou clivé, d'où vient l'idée de *personne intégrale, totale* et le refus de l'inconscient » (352). C'est ainsi que le mouvement freudien russe va se diluer d'une part dans les études de réflexologies (V. Bekhterev, A. Zalkind), mais également dans le marxisme scientifique⁸⁸ (A. Louria, B. Fridman) (352).

⁸⁸ Il ne faut pas confondre cette fusion du freudisme soviétique dans le marxisme-léninisme, mouvement avec sa

Si la psychanalyse semble disparaître en Russie, des reliquats des théories psychanalytiques persistent au sein du courant paidologique (287). Destiné à l'étude de l'enfance dans sa globalité cette science est d'abord placée sous l'aile de Bekhterev, mais son successeur, A. Zalkind y introduit des concepts inspirés de la psychanalyse. Zalkind, membre actif du parti, est alors la personne idéale pour fonder un concept psychologique spécifiquement socialiste ; bien que reprenant certains concepts freudiens, il indique que « les questions concernant l'âme » et « la dynamique du comportement humain » doivent être étudiés dans leur ensemble afin d'élaborer une « synthèse productive et morale unie ». L'apolitisme devra être combattu tandis que les problématiques, autrefois centrées sur l'individu, devront être réaxées autour de la question du « collectivisme prolétarien » (22). Comme l'écrit Martin Miller, « l'objectif qui sous-tend le projet de Zalkind est de permettre aux responsables du parti de gérer les questions définies par les freudiens comme essentielles au développement, tout en affirmant clairement que l'ensemble des concepts psychanalytiques doit être rejeté. Ainsi, tout est fait pour que la psychanalyse soit associée à un comportement bourgeois et antisoviétique, tandis que l'État s'approprie ce qui l'intéresse chez elle au nom des nouvelles sciences soviétiques » (22).

La paidologie est dans ses débuts plébiscitée par le pouvoir, qui croit trouver avec elle un moyen de relever considérablement le niveau de l'éducation soviétique.

Toutefois, en 1936, une résolution du Comité central du P.C. - *Sur les déviations paidologiques dans le système des commissariats du peuple à l'Éducation* (287) –, qui interdit l'utilisation de tests psychologiques dans l'éducation, confirmée par les ordonnances de septembre 1936 sur la sélection de la main d'œuvre, affirme le rejet de l'approche technique et scientifique dans l'administration des individus en fonction de leurs caractéristiques et capacités mentales (221). Ces décisions marquent la fin de la science paidologique (287). L'approche psychohygiéniste de Lev M. Rosenstein, qui proposait une synthèse de la réflexologie avec la pédologie et la psychanalyse de Freud, est également condamné (258).

Durant les années 1940 les offensives contre le freudisme semblent se tarissent ; le débat dépasse toutefois les frontières.

En 1949 paraît en France un manifeste intitulé *La Psychanalyse. Idéologie réactionnaire* (367), co-signée par des psychanalystes communistes, établissant la distinction entre psychanalyse et la personne de Freud. Comme l'écrit Danielle Papiou, « la signature par huit psychiatres

conception propre de la notion de *Sujet*, avec le freudo-marxisme d'un Herbert Marcuse, qui, dans *Éros et civilisation* (1955), défend une théorie libertaire, voir libérale-libertaire pour reprendre le terme de Michel Clouscard, qui aurait horrifié les soviétiques A. Luria, B. Fridman.

communistes, les plus connus, de cette "autocritique" de 1949 marque la soumission à Moscou et illustre, tant dans le champ politique que dans le champ universitaire, l'affirmation mainte fois reprise, que durant la guerre froide, les intellectuels engagés au sein du Parti communiste n'avaient d'autres choix que de se soumettre ou se démettre. Le caractère collectif de la signature conforte l'image de l'obéissance en politique (368) et s'oppose à la résistance individuelle du généticien Marcel Prenant, face aux théories génétiques de Lyssenko qui lui valut son éviction du Comité central » (369).

Si cela a été un mérite considérable de Freud que d'avoir imposé la sexualité comme sujet d'étude, l'erreur mystificatrice s'est immédiatement implantée lorsque la psychanalyse a fait du conflit métaphysique instinct-répression dans l'inconscient, le moteur et l'explication des conduites humaines (349).

Évitant de citer Pavlov, Marx ou Lénine comme garants scientifiques, ils se réfèrent toutefois, témoin de leur loyauté au matérialisme dialectique, une citation d'Engels. Sommés par le parti de produire un texte critique envers la psychanalyse, les psychothérapeutes communistes pensent avoir limité les dégâts en s'attaquant à ses dérives. Comme l'écrit Léon Chertok, « on peut justifier ce texte comme on veut. La vérité est que le Parti avait dit qu'il fallait condamner, et ils ont condamné » (329).

1950 marque un nouveau tournant dans la critique soviétique envers la psychanalyse. Comme nous le verrons plus tard, se tient à Moscou, du 28 juin au 4 juillet 1950, une *Session scientifique consacrée aux problèmes de la théorie physiologique de I. Pavlov* (326), organisé conjointement par l'Académie des Sciences de l'U.R.S.S. et l'Académie de médecine.

E. Après Staline

1. Le retour de l'inconscient

La mort de Staline en 1953 autorise un renouveau, modéré et progressif, de la pensée critique en U.R.S.S. Deux chercheurs en psychologie vont en profiter : Vladimir Nikolaïevitch Miassichtchev (1893-1973) et Dmitri Ouznadzé (1886-1950).

a) Vladimir Nikolaïevitch Miassichtchev (1893-1973)

V. N. Miassichtchev (1893-1973), formé par V. Bekhterev, fini son cursus en 1919 et se spécialise en psychoneurologie. Sa carrière décolle après la mort de Staline : nommé à la direction de l'*Institut psychoneurologie Bekhterev* de Leningrad, il devient également professeur de psychologie. S'intéressant aux névroses, il travaille sur les psychothérapies. Bien qu'il fasse publiquement allégeance à la figure tutélaire de Pavlov, l'*Académie des sciences médicales*, organisme largement composé de pavloviens orthodoxes, lui refuse l'admission : ces derniers contestent la valeur scientifique de son travail (22).



Figure 48 : Vladimir Nikolaïevitch Miassichtchev (1893-1973)

Pour l'époque, la pensée de Miassichtchev est, en effet, quelque peu originale : se voulant dans la continuité des travaux de Pavlov, elle est en réalité largement influencée par la théorie psychanalytique de Freud, d'Adler et de Harry Stack Sullivan (22). Si, parcourant sa nécrologie officielle, nous pouvons lire qu'il a « créé une théorie psychologique clinique de la névrose et un système psychothérapie de ce trouble, fondamentalement distinct de la psychanalyse » (22), ses travaux sont en réalité proches de ceux initiés par la théorie freudienne. Si on ne retrouve

pas de référence directe à la psychanalyse dans ses travaux sur les névrosés, il en utilise certains concepts (inconscient, fantasme, conflits sexuels traumatiques) sans les citer. Ainsi, pour Miassichtchev, la personnalité consciente et saine est directement reliée à son antithèse, qu'il nomme personnalité névrotique individuelle, soumise aux pulsions inconscientes et paralysée par les traumatismes du passé réprimé.

Comme l'écrit M. Miller, Miassichtchev « échappe [à la condamnation] non seulement en raison d'un assouplissement des dispositions après la mort de Staline, mais également parce qu'il réussit à intégrer à sa recherche sur la personnalité névrotique un grand nombre des questions abordées par Freud sans faire un usage explicite du contenu psychanalytique » (22).

On retrouve toutefois une critique de Freud dans ses travaux, « au point de prendre le caractère parfois d'un étiquetage idéologique » (22) écrit Miller. C'est ainsi qu'en 1948 il écrit :

Notre psychothérapie soviétique repose, pour la réalisation de son objectif thérapeutique, sur la compréhension de la genèse de la maladie et sa maîtrise des ressorts puissants de ce qu'il y a de conscient dans la personnalité et non sur le mysticisme *biologisé* des instincts et de l'inconscient, comme c'est le cas de la psychothérapie pseudoscientifique de l'Europe occidentale et de l'Amérique (22).

b) Dmitri Nikolaïevitch Ouznadzé (1886-1950)

Dmitri Nikolaïevitch Ouznadzé (1886-1950) de nationalité géorgienne, obtient, en 1909, son doctorat de psychologie en Allemagne.



Figure 49 : Dmitri Nikolaïevitch Ouznadzé (1886-1950)

S'intéressant au phénomène de l'Inconscient, il souhaite établir la preuve empirique de son existence (22). Écrivant dans sa langue natale, père de la psychologie géorgienne, ses travaux sont mal connus de la psychiatrie soviétique jusqu'aux années 1950. Comme l'écrit l'historien M. Miller, « Ouznadzé s'intéresse surtout aux phénomènes de l'inconscient au moment même où ce qui reste de la psychanalyse est ou bien soumis à une critique sévère, ou bien enterrée sous l'idéologie du pavlovisme. Staline joue aussi un rôle dans cette affaire. D'un côté, Ouznadzé et ses collègues semblent avoir été autorisés à mener leurs recherches sans trop de gêne et n'ont pas été impliqués dans les luttes terribles qui déchirent le Parti communiste de Moscou. De l'autre, cependant, son influence reste limitée et ne prend d'envergure qu'après la mort de son compatriote géorgien au Kremlin » (22).

Élaborant le concept d'*inconscient soviétique* (22) - différent du terme freudien -, il souligne que l'élaboration psychique de l'homme se passe d'abord à un stade préconscient qui, selon ses mots, « détermine le cours et la composition de l'activité mentale dans le processus de résolution des problèmes au niveau conscient » (22). Il s'agit pour lui de pouvoir étudier ces derniers à l'aune de la méthode scientifique :

D'où nous voyons que l'inconscient n'est autre que l'attitude qu'adopte le sujet. Dès lors, le concept d'inconscient cesse en conséquence d'être un concept purement négatif pour acquérir un sens entièrement positif, qui doit être analysé par la science sur la base des méthodes ordinaires d'investigation (22).

Si Ouznadzé critique Freud, il lui rend également hommage à travers certaines déclarations parmi les plus ouvertement favorables prononcées durant l'époque stalinienne.

En pratique, Freud est souvent parvenu à des résultats positifs dans le traitement des psychoses. Il serait facile de nier que de tels résultats aient pu être obtenus – mais ils l'ont été sans le moindre doute (22).

Son concept d'inconscient est à l'origine d'une critique renouvelée de la psychanalyse, critique qui, déroulant sa logique, aboutira à une version alternative de la notion d'inconscient dont l'inspiration ne sera ni freudienne ni pavlovienne.

2. Le freudisme, théorie capitaliste

a) *De la condamnation à la réfutation*

Missiachtchev et Ouznadzé préparent le terrain, chacun à leur façon - et peut-être de manière non intentionnelle -, à un retour à des conditions possibles permettant un débat plus apaisé et scientifique, autorisant à un renouveau de l'intérêt pour la psychanalyse.

« Personne, écrit Martin Miller, ne pouvait prévoir l'étonnant regain d'intérêt pour l'œuvre de Freud dans les années 1960. Il se manifeste non seulement avec beaucoup de force, mais dans un style très soviétique. Cette renaissance ne se caractérise pas encore par le retour d'une pratique de la psychanalyse clinique, il s'agit en réalité d'un nouveau discours critique. Freud est ressuscité non pour être célébré, mais une fois de plus condamné. La contestation est en outre conduite par des spécialistes très au fait des écrits de Freud. Plus surprenant, elle implique des personnes qu'intéresse véritablement la psychanalyse » (22).

L'importance de l'efficacité de la science soviétique se fait de plus en plus jour en fonction de l'intensification de la guerre froide avec les États-Unis ; il ne s'agit plus seulement de condamner politiquement la science occidentale, il faut désormais la réfuter.

Le professeur D. D. Fedotov, psychiatre politiquement orthodoxe à la tête de l'*Institut de psychiatrie* au ministère de la Santé, accorde un entretien avec la revue socialiste américaine *The Monthly Review* dans lequel il défend la position soviétique sur la psychanalyse (22). Si certains de ses arguments sont dans la droite lignée de la critique stalinienne⁸⁹, d'autres sont de véritables critiques scientifiques de fond : si la psychanalyse et sa pratique sont « rejetées [c'est] parce qu'elles manquent de substance scientifique », tandis que la « formidable importance » des travaux de Pavlov permet « [l]'exploration objective de la physiologie du cerveau » et de ses « processus psychiques ». Pour les psychanalystes, poursuit Fedotov, ces processus sont indépendants de la physiologie cérébrale : « le point de vue matérialiste [soviétique] rend cette dichotomie entre l'âme et son fondement matériel tout à fait inacceptable ».

La divergence entre les écoles soviétique et occidentale est donc majeure : partant du principe

⁸⁹ « [La psychanalyse est] fondamentalement fautive et spéculative, ignorant le rôle de l'étiologie, des mécanismes physiologiques des maladies, et déniait la signification déterministe du milieu. [...] Précisément à cause de ses assertions sur la primauté des instincts sur l'action consciente et la limitation du rôle des facteurs sociaux dans la détermination du comportement humain, le freudisme constitue l'arme de la bourgeoisie réactionnaire. Le centre du freudisme contemporain se trouve aux U.S.A., qui est aussi, comme tout le monde le sait, le centre du monde impérialiste ». Pr Fedotov, cité par Sidney Bloch, *Psychiatry as ideology in the USSR*, *Journal of medical ethics*, 1978, 4, p. 128.

que « l'âme est un reflet dans le cerveau d'une réalité ayant une existence objective », les scientifiques soviétiques établissent l'importance de « l'essence sociale » de l'homme. La psychanalyse, loin de définir l'homme comme le produit de l'évolution historique des forces sociales - « modelés par l'Histoire au sein d'un contexte social » -, établit la primauté des instincts sexuels infantiles plaçant, d'un point de vue philosophique, l'homme en dehors de l'Histoire tout en, du point de vue thérapeutique, éloignant :

le patient du présent, des conflits réels de son existence immédiate. [...] Nous savons que s'il convient d'accorder l'intérêt qui leur est dû aux traumatismes psychologiques précoces, véritables, démontrés et non imagés, l'attention du médecin doit, dans le traitement des névrosés, se concentrer principalement sur la vie au présent, les perspectives d'avenir immédiates ; nous savons que le praticien doit au cours de la psychothérapie rester au plus près de ce qui trouble en ce moment même le patient (22).

La psychanalyse n'est ici pas critiquée seulement en tant que produit hostile de la psychologie bourgeoise, mais en tant que théorie scientifique qu'il s'agit, non de seulement condamner, mais de réfuter.

En octobre 1958 se tient à Moscou une conférence organisée par l'Académie soviétique des sciences médicales afin de débattre autour des « *Problèmes de la lutte idéologique contre le freudisme moderne* » (22). Réunion d'importance, qui marque le retour de la préoccupation soviétique pour la psychanalyse, où participent des scientifiques de l'*Institut neurologique du cerveau* de l'*Académie de Médecine*, de l'*Institut Pavlov de physiologie* et du ministère de la Santé. Si le propos se doit d'être critique, différents points de vue se succèdent.

Lors de sa communication, S.A. Sarkissov, membre du présidium de l'Académie des sciences médicales, souligne l'importance pour la science soviétique de contrer efficacement la psychanalyse dont l'influence croît en Occident, outil réactionnaire s'il en est.

Les disciples réactionnaires de Freud s'efforcent de convaincre le travailleur que toutes les difficultés de son existence ont leurs racines en lui-même et non dans la société bourgeoise, qu'elles ne sont pas la conséquence des rapports de production qui

existent au sein d'une société d'exploiteurs. [...]. [La psychanalyse vise à réduire] le rôle social de la classe ouvrière, à lui inculquer un comportement passif dans la lutte pour l'amélioration de sa propre condition (22).

Un élève de Dmitri Ouznadzé, F.V. Bassine, neurophysiologiste et membre de *l'Institut de neurologie de l'Académie soviétique des sciences*, s'essaye à chronologiser la critique de S. Freud ; ainsi, il décrit un "jeune Freud" fréquentable, aux travaux neuropsychologiques pertinents, et un "Freud tardif" qui étend ses théories psychologiques invérifiables à des domaines variés.

Les psychiatres E. A. Popov et O.V. Kerbikov critiquent la faiblesse clinique de la psychanalyse qui échoue dans le traitement de la pathologie mentale tandis que N. I. Grachtchenko et A. V. Snejnevski, membres de *l'Académie des sciences médicales*, se penchent sur les positions philosophiques idéalistes de Freud, rejetant la démarcation proposée par Bassine.

La communication de P. K. Anokhine et V.N. Miassichtchev est la plus favorable à la psychanalyse. Les deux hommes soulignent l'importance de l'étude approfondie des travaux psychanalytiques afin de pouvoir en proposer une solide critique qui ne tombe pas dans un réductionnisme simpliste. À travers leur déclaration, pointe une critique inédite : Anokhine et Miassichtchev reprochent à la recherche soviétique d'inspiration pavlovienne de n'avoir :

été entièrement occupée [que] par l'étude du cerveau en tant qu'écran qui réagit, en oubliant que [cet organe] retient un certain résidu d'impressions, *hors de la sphère de la conscience*. [...] La physiologie de l'activité nerveuse supérieure n'étudie pas sérieusement le problème de l'utilisation des impressions résiduelles accumulées dans le cerveau et de leur influence sur la sphère de la conscience et du comportement (22).

Si, dans la double décennie précédente, la psychanalyse était totalement évacuée des débats et des réflexions de la psychiatrie soviétique officielle, elle est désormais au centre des préoccupations. Il est décidé que « la lutte des scientifiques soviétiques contre les idées antiscientifiques du freudisme sur la base du matérialisme dialectique et de la doctrine physiologique de Pavlov » doit s'intensifier. La résolution de la réunion souligne également « la nécessité d'une critique déterminée face aux tentatives abusives de la part d'auteurs étrangers d'harmoniser et de réconcilier les enseignements totalement opposés de Pavlov et de Freud ».

Enfin, les participant souhaitent alerter « sur la volonté des freudiens modernes d'étendre la théorie de Freud au domaine des phénomènes sociaux et politiques » précisant que « le courant psychanalytique au sein des sciences humaines est une des formes les plus hostiles de l'idéologie bourgeoise, et [qu']il est urgent pour la sociologie et la philosophie marxiste de le démasquer » (22). Comme l'écrit Rokhline à l'adresse de ses confrères étrangers (1958) :

La reconnaissance par le freudisme d'une suprématie de l'instinct sur la raison, le culte des instincts qu'il proclame, sont largement utilisés par les impérialistes dans leur lutte contre la volonté de paix des peuples, pour justifier les guerres et attiser l'hystérie militaire. La psychanalyse est donc aussi nuisible dans le domaine social et politique (17).

b) De nouveaux spécialistes

Pour répondre à ces critères, il s'agit de former des spécialistes : c'est par cette porte que l'étude de la psychanalyse renaît en U.R.S.S. : comme l'écrit Miller, « les écrits qui paraissent sur Freud dans les années 1960 révèlent à la fois le renouveau de l'intérêt soviétique pour les idées psychanalytiques et un changement d'attitude à leur égard. Au lieu de se fier aux insinuations et aux mythologies propagées par les idéologues, beaucoup de ces auteurs ont lu Freud, ainsi que les psychanalystes européens et américains. De même, la critique à la tentative de réfutation érudite et scientifique, reflet des centres d'intérêt de la génération poststalinienne d'étudiants. Freud était, auparavant, critiqué pour être condamné. L'offensive est à présent plus subtile et traduit un authentique intérêt. Pour le monde extérieur, cette contestation généralisée semble aussi hostile à Freud que par le passé, mais les jeunes intellectuels soviétiques, qui sont formés à l'art de lire dans les codes et les symboles, en donnent une autre interprétation » (22). Comme l'écrit Léon Chertok, « il ne faut pas prendre pour argent comptant toutes les critiques qu'ils adressent à la psychanalyse. C'est une technique, c'était la seule technique, pour pouvoir parler de psychanalyse » (329).

3. Le retour à Freud par la critique

a) *Le renouveau du Freudisme en U.R.S.S.*

Plusieurs auteurs soviétiques s'intéressent à Freud au cours des années 60 ; si des textes paraissent régulièrement sur la question (I. T. Kourtsine 1965, A. M. Khaletski 1965, I. S. Kon 1967), F. V. Bassine publie l'étude la plus marquante de l'évolution du discours soviétique, *Le problème de l'Inconscient* (1968) (22). Avec cet ouvrage, Bassine étudie spécifiquement, pour la première fois en U.R.S.S. depuis les années 1920, le concept d'inconscient ; cette étude est, selon M. Miller, « est une nouvelle confirmation du fait que le freudisme est devenu un champ légitime et permanent du savoir, autorisant les chercheurs à traquer Freud sur tous les terrains dans le texte original aussi longtemps que nécessaire pour les besoins de la critique » (22). Bien que Bassine indique s'intéresser à l'inconscient d'une manière autre que ne le fait la psychanalyse – il propose le terme *neosozynavaemy* (non-connaissance) pour remplacer le terme *bessoznatelnoe* (non-conscience) – il reconnaît la réussite de la psychanalyse sur la mise en évidence du rôle du conflit psychique inconscient sur le comportement. Le discours de Bassine s'est grandement assoupli depuis ses déclarations 10 ans plus tôt, et « son attitude à l'égard de Freud, souligne Miller, est loin d'avoir fini d'évoluer. Ce que l'on peut dire aussi de la société russe dans son ensemble » (22).

Les années 70 entérinent cette évolution. Un nombre de plus en plus important de parutions psychiatriques témoignent, bien souvent à la suite des travaux de V. N. Miassichtchev, de l'intérêt porté au travail de Freud (A. M. Sviadochtch 1971, A. E. Litchko 1977) (22). De son côté, Bassine poursuit son travail sur Freud, « mission paradoxale de réhabiliter le concept d'inconscient chez Freud, afin de le discréditer au profit des théories d'Ouznadzé » (22).

Les années 1970 voient s'ouvrir le champ de l'étude des textes psychanalytiques : si jusqu'alors les critiques soviétiques s'étaient centrées sur les travaux de Sigmund Freud, une nouvelle génération de spécialistes soviétiques s'intéresse aux textes psychanalytiques de leur contemporain, Erich Fromm et Jacques Lacan en tête (22).

L'extension de cet intérêt pour la psychanalyse rend la situation intenable : il est possible de lire Freud, mais pas de le publier, de débattre de la psychanalyse, mais interdiction d'y adhérer, d'en parler dans les communications médicales, mais pas de la mettre en pratique.

b) *Le 1^{er} Symposium international sur l'inconscient*

L'école géorgienne des élèves d'Ouznadzé souhaite organiser une réunion internationale et interdisciplinaire sur la question de l'inconscient ; plusieurs années durant, S. Tzouladzé, F.V. Bassine, A.S. Prangichvili, A.E. Cherozia prennent des contacts à l'étranger afin de mettre en place cet événement. En Occident, Nancy Rollins, psychiatre américaine et Léon Chertok, psychiatre français nommé vice-président du Comité scientifique pour la préparation du symposium (342), sont les soutiens principaux de cette rencontre (22).

Comme l'écrit Léon Chertok dans ses *Mémoires* :

depuis Jesenik, j'avais compris que ce qui était vital pour mes amis russes, c'était le contact avec "l'extérieur", ils avaient désespérément besoin d'air. L'important, c'est la rencontre : que l'on puisse écouter un freudien parler de l'inconscient sur le sol soviétique, lui parler, que l'on boive, que l'on rit ensemble (329).

L'organisation d'un tel événement est délicate ; à l'Est comme à l'Ouest, on se méfie.

Côté soviétique, on assiste à un bras de fer entre les psychiatres moscovites, guidés par A. Snejnevski, et les psychologues géorgiens de Bassine. L'événement, d'abord prévu pour l'automne 1976 est reporté une première fois pour 1978 puis une seconde fois pour 1979 (329). À l'Ouest, la méfiance envers la psychiatrie soviétique, méfiance motivée par les récits des dissidents, bat son plein. Les Occidentaux ne saisissent pas l'enjeu et les débats existants entre les écoles soviétiques. Certains voient l'occasion de critiquer les dérives soviétiques ; Janine Chasseguet-Smirgel, présidente de la très lacanienne *Société Psychanalytique de Paris*, envoie une lettre à Podgorny, président du *Soviet suprême*, afin de saluer l'initiative du *symposium* tout en soulignant les craintes de manipulations politiques :

Lors d'une récente réunion au Conseil de la Fédération, il a été décidé que, en toute conscience, nous devons témoigner de notre crainte que le symposium lui-même ne soit utilisé à des fins politiques, c'est-à-dire pour contrebalancer ou dissimuler ce que nous considérons comme des critiques valables de la pratique détestable de la détention des prisonniers politiques dans les institutions psychiatriques et de l'administration de médicaments qui devraient être réservés au soulagement de la maladie mentale (329).

L'initiative est dangereuse et inconséquente ; en voulant s'attaquer aux dérives de la psychiatrie soviétique, Chasseguet-Smirgel renforce la position de Snejevski et fragilise celle de Bassine et de ses confrères géorgiens, pourtant étrangers aux méthodes de psychiatrie punitive (329).

Le *I^{er} Symposium international sur l'inconscient* a pourtant lieu à Tbilissi du 1^{er} au 6 octobre 1979, sous l'égide de l'*Académie des Sciences* de Géorgie (342) : plus de mille quatre cents participants, dont une cinquantaine d'Occidentaux (342), se rendent dans la ville géorgienne : certains sont des figures mondialement reconnues, comme, par exemple le linguiste Roman Jakobson ; Jacques Lacan, longtemps attendu, ne vient pas (22). Aucun psychiatre moscovite ne participe au *symposium*. Bien que les rencontres soient perturbées par la délégation lacanienne française, mettant par là en danger les soviétiques adversaires de l'école de Moscou, la réunion est une réussite : comme l'écrit Martin Miller, « le *symposium* de Tbilissi marque un tournant dans l'histoire de la psychanalyse en Union soviétique. Pour la première fois depuis la révolution de 1917, un authentique effort est consenti pour rapprocher la recherche psychanalytique sur l'inconscient mené en Occident des développements parallèles en Union soviétique » (22).

Deux cent quarante-huit communications hétéroclites sont prononcées durant la semaine ; les organisateurs font publier l'ensemble au travers de quatre gros volumes à la pagination totale de deux mille sept cents pages. Parfaitement conscients du caractère divergent des différents travaux, les éditeurs reconnaissent des « différences fondamentales plus profondes d'ordre méthodologique dans les positions théoriques initiales, les orientations prises par l'analyse et les interprétations qui caractérisent les divers auteurs » (22).

Peu après la clôture du *symposium*, une offensive officielle est lancée contre A. S. Prangichvili et A. E. Cherozia, suspect de freudisme pour avoir accordé une attention trop soutenue à la légitimité scientifique de l'inconscient – Cherozia avait comparé Freud à Copernic et Descartes (110) - : les organisateurs ne reculent cependant pas, indiquant être pleinement conscients des divergences existants avec leurs « adversaires idéologiques », restant « intransigeants » sur la question de la méthodologie marxiste (22). Ils soulignent également que :

ce serait une erreur d'interpréter cette position comme un refus de vouloir comprendre le point de vue de nos adversaires et de coopérer avec eux dans les domaines où les différences sont plus de forme que de fond – et ont tendance à refléter l'histoire

particulière de l'évolution des recherches et les traditions établies plutôt qu'une adhésion à des systèmes philosophiques et des principes méthodologiques précis. Un tel refus impliquerait l'intolérance et empêcherait manifestement notre savoir de progresser (22).

C'est pourquoi les organisateurs, maintiennent leur volonté de poursuivre le dialogue initié avec l'Occident dans un contexte de guerre froide intensifiée, sont considérés par les instances du parti comme étant « clairement favorables à la coopération pacifique avec l'ennemi » (22).

À l'Ouest, Léon Chertok, satisfait de la réussite de la rencontre, n'a toutefois pas terminé le travail qu'il s'était donné, à savoir le retour des relations Est/Ouest. Le symposium a toutefois modifié sa vision :

Au début, dans les années soixante, je me sentais avant tout représentant de l'Ouest. Je ne le proclamais évidemment pas, mais je voulais surtout permettre aux gens de l'Est d'apprendre ce qui se faisait ici. Je tenais à donner une apparence symétrique aux relations, j'évitais de présenter les doctrines occidentales comme meilleures, mais c'était pour des raisons tactiques, avec un sentiment de supériorité un peu paternaliste en sous-teinte. À partir de Tbilissi, j'ai commencé à me méfier de l'enthousiasme avec lequel beaucoup de Soviétiques prenaient toutes ces doctrines comme des vérités d'Évangile. L'attrait du fruit défendu... Et aujourd'hui, je dois affronter la déception des gens de l'Est parce que je les exhorte à ne pas croire ce que leur racontent les représentants des institutions psychanalytiques qui viennent recruter (329).

La *perestroïka* initiée par Gorbatchev est à l'origine d'un retour dans les librairies d'ouvrages d'auteurs anathématisés sous Staline ; des débats passionnés se réouvrent. Nombres de revues généralistes, comme *Izvestia*, journal du gouvernement, ou le magazine populaire *Ogonek*, parlent de nouveau des travaux de Freud, mais ce n'est seulement qu'en juin 1988 qu'un article du *Literatournaïa gazeta* rompt complètement avec l'anti-freudisme soviétique : Aron Belkine, directeur du *Centre national de psycho-endocrinologie* dresse un tableau élogieux du fondateur de la psychanalyse. En interdisant la pratique et l'étude de la psychanalyse :

nous avons non seulement refusé des soins médicaux à des centaines et des milliers de personnes, mais nous avons également réduit la capacité de générations entières d'esprits créatifs à travailler dans leur domaine d'étude. [...] Il est toujours plus difficile de guérir que de tomber malade. Cependant, la guérison d'une société dans son ensemble comme celle d'un individu, requiers de vaincre une résistance interne, de maîtriser la peur, de reconnaître ses erreurs et d'en comprendre les raisons. Elle requiert que ces dernières soient élevées au rang de la conscience et que soit, en outre, comprise leur genèse. C'est pourquoi il me semble que les enseignements de Sigmund Freud ont besoin aujourd'hui d'être abordés différemment, du point de vue des récents progrès de la biologie, des sciences naturelles et des sciences humaines (22).

Comme l'écrit Martin Miller, « la contestation de Freud s'est ici complètement inversée. D'objet de mépris et d'attaque *de facto* des autorités gouvernementales, la théorie psychanalytique est devenue une arme critique "contre" le gouvernement. Cette tendance est renforcée par la détermination de Belkine à voir dans la psychanalyse un baromètre de la liberté dans le contexte de l'histoire soviétique » (22).

Un grand intérêt pour la psychanalyse fait alors jour en U.R.S.S., qui devient une véritable "terre de mission" pour les psychanalystes, avides de convertir dans un contexte de décrépitude progressive du savoir psychanalytique en Occident (329).

VI. La psychiatrie punitive

A. *Le système répressif soviétique*

1. Les révolutions de 1917

a) *Février 1917*

Les débuts de la Première Guerre mondiale sont terribles pour la Russie impériale. Alliée de la France et de la Grande-Bretagne, l'Empire russe s'engage dans le conflit sûr de sa force ; le désastre n'en sera que plus terrible. En 1915 l'armée décompte 150 000 tués, 700 000 blessés et 900 000 prisonniers (370). Moscou est submergée par d'immenses masses de réfugiés fuyant les combats ; les autorités sont débordées.

Le régime impérial, qui semble pourtant solide, ne survit pas au conflit et s'effondre devant trois révolutions conjointes – une révolution bourgeoise et libérale, une révolution socialiste, une révolution coloniale et nationaliste. En février 1917, Nicolas, dernier représentant de la dynastie trois fois centenaire des Romanov, abdique devant la poussée populaire largement spontanée, laissant le pouvoir à la bourgeoisie (78).

Plusieurs gouvernements se succèdent alors, certains avec la participation de socialistes, *mencheviks* et membres du parti social-révolutionnaire. Ces derniers, persuadés que la révolution socialiste ne peut advenir au sein d'un pays arriéré comme l'est la Russie, soutiennent alors la formation d'une démocratie bourgeoise, étape indispensable selon eux avant la réalisation de la véritable révolution socialiste. Les échecs de la première révolution font perdre au gouvernement la confiance populaire ; la menace d'une contre-révolution plane, la guerre aggrave les tensions, l'économie s'effondre.

Ce sont les *bolcheviks* de Lénine - pourtant peu nombreux, mais dont l'intransigeance et la non-participation aux affaires leur offre légitimité et soutien des masses - qui s'emparent du pouvoir après une seconde révolution en octobre. Comme l'écrit l'historienne Hélène Carrère d'Encausse, « la révolution d'Octobre découle moins de l'insurrection organisée par Lénine et Trotski que de la volonté générale d'échapper à l'anarchie. [...] L'histoire chronologique de la révolution se découpe ainsi en deux temps. De février à l'été 1917, diverses solutions politiques semblent imaginables, dans la mesure où les masses conservent l'espoir qu'un changement de l'équipe

dirigeante entraînera un changement de la politique poursuivie et renouera avec Février. À partir de l'été, avec l'offensive militaire manquée et le putsch de Kornilov, le peuple russe, désespéré par les hommes et les partis à qui il a remis le pouvoir, se détourne d'eux et cherche une issue dans des solutions radicales. Les masses décident de prendre seules ce que leurs mandataires de Février ne leur ont pas donné. Dès lors, ce n'est plus d'un changement d'hommes qu'il s'agit, mais d'un changement total de système » (370).

b) Octobre 1917

Du haut des ruines fumantes de la révolution et de la guerre, les *bolcheviks* sont à la manœuvre pour tenter de jeter l'étincelle qui allumera le brasier de la révolution mondiale. Comme l'écrit le diplomate Jean Laloy, « depuis le début de la guerre [Lénine] se considère comme le chef de la seule tendance capable de faire renaître le socialisme. Le rôle qu'il s'attribue, après 1914, n'est plus un rôle russe. C'est un rôle mondial » (371) ; voulant définir les voies de l'extension révolutionnaire, le gouvernement soviétique débute les négociations de Brest-Litovsk avec l'Allemagne pour signer une paix séparée.

Avant 1917, les socialistes de tout pays se divisent sur la question nationale et de la guerre ; si l'objectif fixé par *l'Internationale* est de transformer les guerres en épisodes révolutionnaires - « la transformation de la guerre impérialiste en guerre civile » (371) dira Lénine au Congrès de Stuttgart de 1907 - , que faire si seul un des antagonistes est paralysé par la révolution ? N'est-ce pas favoriser le camp de l'impérialisme ? Dès l'été 1914, l'internationalisme vole en éclats, remplacé par la nécessaire défense nationale. Pour Lénine, restant résolument internationaliste⁹⁰, c'est une véritable trahison de l'idéal socialiste. Il milite alors pour la formation d'une nouvelle *Internationale*, résolument internationaliste, ayant pour unique but la révolution mondiale. Dès lors, il souhaite la défaite de son pays, espérant que, des ruines de la guerre, prospèrent les guerres civiles révolutionnaires, maïeutique de la vraie et seule paix incarnée par le socialisme.

⁹⁰ Si le Lénine d'avant 1917 est internationaliste, il n'est pas en total accord avec certaines conceptions de socialistes comme Rosa Luxembourg, Boukharine, Radek ou Léo Joguisches qui considèrent le fait national comme complètement subordonné aux questions de classes. S'opposant également à l'école austro-marxiste de Karl Renner et d'Otto Bauer qui établit le fait national comme fait réel en tant que tel, Lénine adopte une voie médiane. Reconnaissant dans les espérances nationales humiliées une force révolutionnaire potentielle qui pourrait être utile pour mettre à bas l'impérialisme – russe en particulier - il désire leur accorder une reconnaissance de *droit*, mais non de *fait*. Il pense que refuser le *droit* de sécession aux nationalités est contre-productif ; au contraire cette reconnaissance renforcera la position de la révolution sans aboutir toutefois à une sécession *réelle*, le parti devant, en temps voulu, démontrer la supériorité de l'internationalisme, désamorçant ainsi les questions nationales.

Bien qu'accédant au pouvoir après la révolution d'octobre, Lénine est devant une situation qui n'avait pas été théorisée ; la révolution russe n'a pas été suivie par d'autres renversements en Europe. La Russie révolutionnaire est seule face au monde ; l'étincelle est là, le combustible est en place, mais le feu tarde à prendre.

Le premier acte à portée internationale réalisé par le nouveau pouvoir révolutionnaire est la lecture par Lénine du *Décret sur la Paix* devant le II^e Congrès des Soviets, le 8 novembre 1917. Adopté par le congrès, le texte est une proposition de paix inacceptable pour les belligérants : le gouvernement révolutionnaire demande la fin des empires coloniaux, l'émiettement de l'Empire Austro-hongrois et l'amputation d'une part du territoire allemand. Le texte est irrecevable, Lénine le sait ; ce qu'il vise c'est le soulèvement des peuples étrangers. « Lénine, écrit la soviétologue Hélène Carrère d'Encausse [...] veut prendre acte aux yeux du monde ; il définit la fin d'un certain ordre international organisé autour des relations entre gouvernements et annonce l'ère nouvelle des relations de peuples à peuples. Son appel s'adresse, par-dessus la tête des gouvernements, aux peuples ; ce sont eux qui doivent faire aboutir le décret sur la paix contre leurs gouvernements et au besoin en les renversant » (372).

La tentative de soulèvement est un échec ; débutent alors de véritables négociations de paix séparée. Le 3 décembre 1917, une délégation soviétique rencontre les émissaires des empires centraux pour traiter de l'armistice : un premier armistice de quatre semaines est signé le 15 (295). Les négociations s'enlisent ensuite devant l'intransigeance allemande. Jusqu'à mars 1918, date de la signature du traité, les dirigeants *bolcheviks* s'opposent entre-deux autour de l'attitude à adopter : quelle voie révolutionnaire choisir nationale ou internationale ?

Lénine, en pragmatique, se fait le défenseur de la consolidation de la révolution russe en procédant de manière méthodique : il s'agit de procéder par deux fronts : éliminer l'opposition intérieure (373) en donnant tout le pouvoir aux *bolcheviks* et éliminer la menace extérieure en faisant la paix : « La révolution russe devait être sauvée dans un premier temps, écrit Carrère d'Encausse, pour que la révolution en chaîne puisse se déclencher ensuite en Europe » (372). Il soutient donc la voie de la paix immédiate aux conditions de l'Allemagne, seul moyen de sauver la Révolution. En face de lui, certains soutiennent Boukharine qui défend la solution inverse : tout pour la révolution mondiale par la guerre révolutionnaire.

Le projet de Lénine qui est finalement adopté ⁹¹ : le 3 mars 1918, la paix de Brest-Litovsk est signée. Le traité entraîne un véritable mouvement de contestation des socialistes russes : la signature avec les Empires centraux est vécue comme une véritable trahison envers la Russie, mais surtout envers le prolétariat européen dans son ensemble (371).

Toutefois, rassure Lénine, le projet de révolution mondiale n'est pas abandonné par le régime soviétique ; il est seulement reporté et s'organise : pour mener le combat révolutionnaire mondiale le *Komintern* est créé le 2 mars 1919.

Pourtant, la priorité est à la sauvegarde du régime. « La révolution bolchevik, écrit Jean Laloy, est sauvée non par la paix de Brest, mais par l'armistice de Rethondes. Elle est sauvée par les divisions de l'Europe et du monde. Le répit accordé par les événements permet au nouveau pouvoir qui s'affirme dans la guerre civile d'organiser un État » (371). À la guerre mondiale succède la guerre civile russe, source de profonds troubles ; de 1919 à 1921, la situation intérieure empire gravement. La révolution semble vaciller.

2. Le parti et la notion d'ennemi

a) *Le X^e Congrès du Parti communiste : Révolution et répression*

En 1921, le X^e Congrès du parti communiste marque le grand moment du tournant répressif de la révolution (295).

Les échecs des réformes économiques obligent à un changement de direction ; comme le pensaient les adversaires de Lénine, il n'est pas possible de passer d'une économie capitaliste à une économie socialiste *par décret* ; c'est lors du Congrès de 1921 qu'est initiée la *Nouvelle économie politique* (N.E.P.). Comme l'écrit l'historien Nicolas Werth, « après quatre années de révolution et de guerre civile, Lénine semblait aboutir à des opinions très voisines de celles qu'avaient en 1917 presque tous les marxistes qui le combattaient, à savoir que le passage au socialisme demanderait du temps, qu'il faudrait des "générations" pour y arriver. La forme de l'État étant une expression des réalités économiques, la coexistence de formations économiques différentes, telle que le reconnaissant enfin la N.E.P., aurait dû, en toute logique marxiste, entraîner sur le plan politique, la coexistence de formations politiques différentes, représentant

⁹¹ La thèse de la paix séparée obtient une majorité de 7 voix – dont celle de Trotski – contre 4 au Comité central.

les intérêts rivaux des différentes classes sociales qui demeuraient, notamment la classe ouvrière et la paysannerie. Or, au lieu de démocratiser la vie politique, la direction communiste renforça la dictature du Parti » (295). À la suite de résolutions lancées par Lénine, le corpus disciplinaire du parti est modifié en profondeur, prémisses des orages à venir : d'une part l'interdiction des factions est établie au sein du parti, de l'autre, le Comité central reçoit le pouvoir d'exclusion, voté à la majorité des deux tiers, contre tout communiste au comportement hétérodoxe – ou jugé hétérodoxe. Rapidement le parti est purgé. Staline commence sa vertigineuse ascension dans l'organigramme du parti.

Il ne faut toutefois pas attendre le X^e Congrès pour que la notion de prisonnier politique fleurisse en Russie ; si à l'époque des tsars déjà, on retrouve de tels exemples, le processus s'accélère grandement avec la Révolution d'Octobre. Dès l'été 1918, Lénine exige que les « éléments peu sûrs » (305) soient enfermés au sein de camps de concentration isolés des centres urbains. En 1921, quatre-vingt-quatre camps (316) sont déjà actifs pour "réhabiliter" les *ennemis du peuple* que forment les aristocrates et autres marchands. La désignation de l'adversaire est lancée : l'ennemi, c'est l'ennemi de *classe*. « Mort aux *koulaks* ! » lance un Lénine qui demande « la guerre à mort contre les riches, les inactifs et les parasites » (375). Comme l'écrit Stéphane Courtois, « dès 1917-1918, le leader *bolchevik* estimait naturelle l'idée que l'extermination de groupes sociaux était nécessaire au succès de son entreprise » (375).

Malgré tout, ce n'est seulement qu'à partir de 1929 que la fonction des camps mute en profondeur : sous l'impulsion de Staline – devenu la figure d'importance du régime après la mort de Lénine (1925) et l'élimination de Trotski – ils deviennent des camps de travail forcé afin d'accentuer l'industrialisation du Grand Nord russe. De cette période date également la mainmise de la police politique sur le contrôle du système judiciaire, les camps et les prisons.

b) L'opposant, l'ennemi, le criminel

Dans les premières années du régime, Lénine adopte une position ambivalente sur la question de la criminalité : d'une part, il considère le criminel de droit commun comme une victime de l'exploitation bourgeoise – supprimons la cause et les effets disparaîtront ⁹² -, de l'autre il se

⁹² Lénine indique qu'il n'existe pas de « culpabilité individuelle » et que la peine « ne devait pas être considérée comme une sanction » (Anne Applebaum, *Goulag, une histoire*, Grasset, 2005, p. 41).

déclare en faveur de la sévérité maximale pour ce qu'il considère comme "l'ennemi bourgeois". La naissance de l'État bolchevique crée naturellement un ennemi de nature nouvelle : "l'ennemi de classe" qui s'oppose à la Révolution et à son triomphe. Ce "criminel" est difficile à mettre à jour, il peut agir caché, peut s'infiltrer et corrompre. Le système judiciaire et carcéral soviétique restera largement traversé par cette vision ; jusqu'à son effondrement, l'Union soviétique reconnaît deux types de prisonniers, les "criminels" et les "politiques".

Lors des premiers temps de la Révolution, dans le chaos et le désordre général, ces deux catégories de prisonniers sont regroupées au sein des vieilles prisons impériales. On assiste rapidement à leur séparation : le commissariat à la Justice, puis le ministère de l'Intérieur, s'occupe du système régulier tandis la *Tchéka*⁹³, la police politique, est rapidement désignée pour s'occuper des "ennemis du peuple". Comme l'écrit Anne Appelbaum, « le *Tchéka* – plus tard baptisé G.P.O.U., O.G.P.O.U. et enfin K.G.B.- contrôlait [l'] autre système carcéral, initialement connu sous le nom de système des "camps spéciaux" ou des "camps extraordinaires". [...] Invisibles au grand public, ils échappaient à la juridiction des autres institutions soviétiques. [...] Les prisonniers qui y étaient internés n'avaient pas été nécessairement condamnés par des tribunaux ordinaires, si autant est qu'ils n'eussent jamais été jugés par une cour. Créés dans l'urgence, ils devaient devenir toujours plus grands et plus puissants, avec l'élargissement de la notion "d'ennemi" et le pouvoir croissant de la *Tchéka*. Et quand les deux systèmes pénaux, l'ordinaire et l'extraordinaire finirent pas fusionner, ils le firent sous les règles du second. La *Tchéka* allait dévorer ses rivales » (317).

Disposant d'une importante main d'œuvre servile, les camps deviennent autant de camps de travail se voulant rentables. Cette mise au travail forcée est d'abord justifiée par la nécessaire "rééducation" des prisonniers politiques. Comme l'écrit l'historien Michel Heller, « apparu durant l'été 1918, le nouvel instrument de terreur, le camp de concentration, n'a pas seulement un caractère punitif : il remplit aussi une fonction éducative » (267). Le *Goulag*⁹⁴ devient progressivement un pilier majeur de l'économie soviétique : ainsi, les deux tiers de l'or soviétique proviennent du travail des camps, de même qu'une large part de la production de

⁹³ La *Tchéka*, création du régime, « devait être "l'épée et le bouclier" du parti communiste et n'avait aucune de ses administrations. Elle n'avait aucune tradition de légalité, ni aucune obligation d'obéir à la règle du droit, aucun besoin de consulter la police, les tribunaux ou le commissaire à la Justice. » (Anne Applebaum, *Goulag, une histoire*, Grasset, 2005, p. 45).

⁹⁴ Le terme *Goulag* est un acronyme de *Glavnoe Oupravlenie Lagueri* signifiant *Direction générale des camps* (Anne Applebaum, *Goulag, une histoire*, Grasset, 2005, p. 9).

charbon et de bois. L'effectif total des prisonniers du *Goulag* tourne de manière constante autour de deux millions de personnes, et, de 1929 à 1953, dix-huit millions de prisonniers sont les victimes de ce système (374).

L'année 1937 marque un profond changement au sein du régime répressif : la *Grande Terreur* impacte en profondeur la question de l'adversaire politique en U.R.S.S. D'un système carcéral relativement chaotique, il évolue en une structure méthodique d'élimination par le travail des individus jugés dangereux par le régime. Il n'est plus question de rééduquer.

Le système tisse autour de lui des toiles de secrets plus opaques qu'auparavant ; le K.G.B., nouvelle mue de la *Tchéka*, utilise un langage crypté bureaucratique - « mots bureaucratiquement impersonnels » pour reprendre la formule d'Applebaum - pour évoquer les activités des camps, autant de signes de la déshumanisation croissante des prisonniers. Les femmes enceintes deviennent des "livres", les enfants des "reçus". Les hommes sont des "comptes", les exilés, des "détritus". Les camps deviennent des "*trust*", les subdivisions des "usines" (374).

Les travailleurs des camps ne forment plus qu'une masse indistincte qui n'est plus à remettre dans le droit de chemin, mais qu'il s'agit de punir. Le terme autrefois usité d'ennemi "politique" – *kontras* ou *kontriks* - est désormais banni : ils seront désormais des ennemis "du peuple" – *vragi naroda*. Contre lui tout est permis. Comme l'écrit Roland Lew, « le propre de l'ennemi intérieur [...] c'est d'être "quelque chose" ou quelqu'un (individu, groupe) à "saisir", écarter, parfois à éliminer comme danger apparemment concret, agissant ici et maintenant, dans l'urgence. Pourtant cet "ennemi" est largement insaisissable, obscur, mal, sinon carrément indéfini. Ce flou, ce brouillage introduit dans la vie courante du socialisme réel un élément important d'arbitraire dépendant de l'appréciation ou de l'appréhension du pouvoir. Des catégories du monde social se métamorphosent en des cibles obscures, imprécises, désignées un jour, abandonnées le lendemain ou stigmatisées pour longtemps. Ces ennemis ne forment qu'une petite minorité [...], nettement circonscrite : un ennemi, un hors monde vivant dans le monde intérieur, qui délimite clairement l'ennemi du peuple, le radicalement étranger [...]. Il s'agit d'une figure sans visage ; ou alors le visage est tracé, sculpté par le pouvoir, construit par ce dernier » (376).

La déshumanisation de l'ennemi est définitivement lancée ; elle prend, selon la formule de Roland Lew, l'ancestrale forme de la diabolisation (376).

3. La répression après Staline

a) *La mutation de la répression*

Avec la mort de Staline, la folie concentrationnaire prend une nouvelle coloration. Peu après la disparition du dictateur (1953), son successeur, Nikita Khrouchtchev inaugure à la fin du XX^e Congrès du Parti (1956) la période de la déstalinisation. « La mort de Staline, écrit Anne Applebaum, marqua réellement la fin du travail servile massif en U.R.S.S. Alors même que la politique devait prendre des formes extrêmement rudes au cours des quarante années suivantes, plus personne ne proposa jamais de ressusciter les camps de concentration sur une grande échelle. [...] Pour autant, les camps ne disparurent pas complètement. [...] Il faut plutôt parler d'évolution » (374).

Durant la période stalinienne la répression touche n'importe qui, paysans, ouvriers, membres du parti, dirigeants, sans qu'il semble devoir exister de raison ; si avec Khrouchtchev les arrestations arbitraires se poursuivent - dans une moindre mesure -, sous Brejnev le K.G.B. s'occupe plus sélectivement des véritables opposants au régime : « Habituellement qualifiés de "dissidents" écrit Applebaum, ou, parfois, de "prisonnier de conscience", cette nouvelle génération de politiques savait le pourquoi de leur arrestation : ils se considéraient comme des prisonniers politiques et étaient traités comme tels » (374).

b) *Naissance de la dissidence*

À la mort de Staline (1^{er} mars 1953), la réorganisation des pouvoirs est à l'origine d'un assouplissement répressif ; le 27 mars, le Soviet suprême décrète une amnistie qui ordonne la libération de tous les détenus dont la peine ne dépasse pas cinq ans, toutes les mères d'enfants de moins de dix ans ainsi que tous les individus incarcérés pour crimes économiques, délits administratifs et militaires : en tout, 40 % de la population totale du Goulag est ainsi amnistiée (295). En avril 1953, le Comité central du parti va même condamner la dérive étatique répressive comme étant une « violation de la légalité par les organes de la Sécurité d'État » (295). Béria, ministre de l'Intérieur de Staline et homme fort du nouveau pouvoir, est purgé en juillet ; débute une première vague de réformes : les tribunaux spéciaux jugeant les affaires relevant de la police politique – les "*troïkas*" – sont supprimés, le M.V.D. perd la gestion des camps au profit du ministère de la Justice, la police politique est réorganisée en organisme

autonome, prenant dès lors le nom de *Comité de la Sécurité d'État* (K.G.B.).

Dès lors, le ministère public détient un pouvoir de contrôle étendu : on affirme le « rétablissement de la légalité socialiste » (295). Des commissions de réhabilitation siègent à partir de juin 1954 afin d'examiner les dossiers de "politiques", entraînant, en un an et demi, la libération⁹⁵ de 75 % des prisonniers politiques incarcérés dans les Goulags (227).

Les textes législatifs sont réécrits pour prendre une coloration plus "libérale" ; ainsi en 1960, durant la période du Dégel, un nouveau code criminel est adopté, minimisant théoriquement le pouvoir du K.G.B., donnant une importance nouvelle aux procureurs (307). Toutefois, cette réforme doit se comprendre plus comme une évolution et un camouflage qu'un arrêt des abus : la légalisation prévoit toujours des mesures répressives qui sont largement utilisées.

Le cas du poète Joseph Brodsky (1940-1996) incarne un tournant. Arrêté pour ses textes jugés antisoviétiques, jugés pour parasitisme, le tribunal lui déni le droit de se prétendre poète et le condamne en février 1964 à cinq années de travaux forcés.

Une journaliste présente lors procès arrive à faire passer secrètement en Occident l'histoire du poète ; devant l'indignation internationale, Brodsky est relâché deux ans plus tard et exilé hors d'U.R.S.S. - il recevra le Nobel de littérature en 1987. « Telle était [...] la différence majeure entre les prisonniers de Staline et ceux de Brejnev et Andropov : le monde extérieur avait entendu parler d'eux, s'intéressait à eux, et surtout était en mesure de peser sur leur sort. Pour autant, le régime soviétique n'en devenait pas plus libéral, et les événements devaient se précipiter à la suite du procès Brodsky » (303).

La plupart du temps ces nouveaux dissidents ne s'opposent pas tant à la forme gouvernementale – une partie des dissidents sont communistes - qu'à son refus d'appliquer les textes des droits de l'homme, textes que le gouvernement soviétique a pourtant ratifié en 1948. Comme le souligne Anne Appelbaum, « si modestes fussent-elles, ces initiatives créèrent beaucoup de tracas aux dirigeants soviétiques, surtout compte tenu de leur obstination à propager la révolution mondiale et de leur souci obsessionnel de l'image internationale de l'U.R.S.S. Au temps de Staline, il était possible de cacher une répression massive à un vice-président

⁹⁵ Seuls 6 % d'entre eux virent leur condamnation cassée ; les autres furent libérés par amnistie ou par réductions de peines. Leur réhabilitation s'achèverait, pour beaucoup, que plusieurs décennies plus tard (cf. Nicolas Werth, *Histoire de l'Union soviétique, de l'Empire russe à la Communauté des États Indépendants, 1900-1991*, 6ème édition, Thémis Histoire, Presses Universitaires de France, 2008, p. 421).

américain en visite. Dans les années 1960 et 1970, la nouvelle d'une arrestation pouvait faire le tour du monde du jour au lendemain » (303).

Outre le développement des moyens d'informations, les dissidents utilisent massivement les *Samizdats* à partir de 1966 ; signifiant "autoédition", ces textes, qui se diffusent discrètement au sein de la population soviétique, traitent principalement de l'histoire du stalinisme et de la persécution des dissidents. Malgré une surveillance constante, le K.G.B. est incapable de mettre fin à cette pratique.

Si les politiques sont toujours emprisonnés dans des prisons ou des camps de travail, la nature du combat change : l'ère des dissidents a débuté.

B. Le tournant

1. La psychiatrie punitive sous Staline

a) Maria Alexandrovna Spiridonova (1884-1941)

Les premiers temps de la Révolution sont marqués par des luttes féroces : d'un côté les *bolcheviks* doivent gérer la violente guerre civile qui les oppose avec les *blancs* monarchistes, et, de l'autre, sont engagés dans un conflit interne avec les autres factions socialistes prétendant eux aussi au pouvoir (373). C'est dans ce contexte troublé que l'on trouve la première utilisation abusive de la psychiatrie de l'ère postrévolutionnaire, avec l'internement de Maria Alexandrovna Spiridonova (1884-1941).



Figure 50 : Maria Alexandrovna Spiridonova (1884-1941)

Spiridonova est une révolutionnaire russe de la première heure (378) ; militante du Parti Socialiste-Révolutionnaire, elle participe à des activités terroristes et, en 1906, assassine le général Gavriil Loujenovski. Arrêtée et torturée, elle est condamnée à mort, avant de voir sa peine commuée en travaux forcés à perpétuité en Sibérie (379).

Amnistiée suite aux événements de février 1917, elle participe à la révolution d'octobre. Membre de l'aile gauche du Parti Socialiste-Révolutionnaire, véritable figure de la lutte contre l'oppression jouissant d'une grande popularité (380), elle participe, écrit Richard Pipes, « complètement manipulée par les *bolcheviks* » (78), à la coalition gouvernementale auprès du nouveau pouvoir.

Les socialistes-révolutionnaires, de plus en plus critique envers la politique menée par le pouvoir *bolchevik*, quittent la coalition en mars 1918 pour se poser en tant que conscience pure de la Révolution (78). Lorsque Lénine décide d'utiliser l'assassinat de l'ambassadeur d'Allemagne par deux membres du Parti Socialiste-Révolutionnaire pour supprimer le parti rival, Spiridonova lance un appel au soulèvement. Elle est arrêtée et condamnée à un an d'emprisonnement, avant d'être amnistiée le jour suivant (381), pour services rendus à la cause révolutionnaire (373). Deux semaines après sa libération, le chef de la *Tchéka*, Félix Dzerjinskii soupçonne Spiridonova d'être impliquée dans un complot ayant pour objectif l'assassinat de Lénine. Il ordonne que :

cette hystérique soit surveillée de près (382).

Le caractère de Spiridonova intrigue en effet ses contemporains. Depuis sa peine de 1906, Maria Spiridonova a développé divers troubles nerveux, des crises d'hystérie et des phases dépressives (382). Écoutons l'historien Richard Pipes lorsqu'il écrit que « Spiridonova [...] avait un courage comparable à celui qui caractérisait les martyrs chrétiens des premiers siècles, mais rien qui ressemblât de près ou de loin à du bon sens. Les étrangers qui eurent l'occasion de la voir à cette époque firent des commentaires extrêmement critiques. Pour Riezler, c'était une "femme desséchée". Un journaliste allemand, Alfons Paquet, la décrivait comme :

une hystérique increvable affublée d'un pince-nez, caricature d'Athéna, et qui, tout en parlant, semblait toujours tendre les bras vers une invisible harpe ; quand la salle éclatait en applaudissements frénétiques, elle tapait des pieds avec impatience en remontant les brides de sa robe (78).

Refusant de soutenir la voie terroriste pour lui préférer l'agitation au sein de l'organisation des *soviets* pour faire chuter le gouvernement, ce « ramassis de personnages louches dirigé par Lénine, Trotski et autres traîtres de la révolution » (380), Spiridonova est une nouvelle fois arrêtée par la *Tchéka* en janvier 1919 et est jugée le mois suivant ; Nikolaï Boukharine, unique témoin à charge, accuse la révolutionnaire d'être folle, et, ce faisant, d'être une menace pour la société dans l'environnement actuel de guerre civile. Reconnue coupable, elle est condamnée à un internement d'un an au sein d'un sanatorium psychiatrique (382), qui lui procurerait, selon le jugement :

l'occasion de se livrer à des travaux salutaires du point de vue physique et moral (373).

Sa peine se déroule en réalité au sein d'une sordide cellule du Kremlin ; tombée gravement malade, elle s'échappe avec l'aide de ses gardiens en avril avant d'être une nouvelle fois incarcérée en octobre (382), d'abord dans un établissement médical de la *Tchéka* avant d'être transférée dans une prison psychiatrique. Comme le souligne l'historien Alexander Rabinowitch, les témoignages de ses camarades et les rapports médicaux suggèrent qu'il s'agit de véritables problèmes de santé qui ont justifié cette hospitalisation (382).

Maria Spiridonova est libérée en novembre 1921 à la condition qu'elle cesse toute activité politique. Comme l'écrit l'historien Alexander Rabinowitch, « il n'existe aucune preuve qu'elle ait jamais violé cette condition » (381), et sa vie politique se termine à cette date, mais non la répression.

En 1923 Spiridonova est condamnée à l'exil durant trois ans, suspectée par le gouvernement de préparer son émigration pour l'Occident. En 1931, Spiridonova est une nouvelle fois condamnée à l'exil pour cinq ans pour avoir entretenu des contacts à l'étranger, avant d'être une dernière fois condamnée à vingt-cinq ans de prison en 1937, suspectée d'avoir comploté un soulèvement paysan, ce qu'elle nia toute sa vie (382). Soulignant la différence de traitement entre le début de la période révolutionnaire et la période stalinienne, elle écrira dans son testament qu'il :

faut rendre justice aux deux systèmes pénitentiaires tsariste et soviétique : après les événements de 1906 et jusqu'à mon arrestation actuelle, je suis restée inviolée et ma dignité n'a jamais

été menacée dans ses domaines les plus sensibles. [...].

À l'époque soviétique, les sommets du pouvoir, les vieux bolcheviks, Lénine y compris, m'ont ménagée et, m'isolant dans le déroulement de la lutte, toujours de façon très vigoureuse, ont en même temps pris des mesures pour qu'on ne m'humilie jamais. C'est précisément à cet égard qu'en 1937 un changement radical a eu lieu (382).

Maria Spiridonova est fusillée en prison sous ordre de Staline en 1941 au début de la Grande Guerre patriotique. Le cas Spiridonova incarne la mutation du système répressif entre les premiers temps du régime et la période stalinienne.

b) La psychiatisation sous Staline, le salut

La répression politique exercée par Staline est terrible, mais la psychiatrie ne rentre pas dans l'arsenal répressif classique du régime soviétique de l'époque. Être psychiatisé est une aubaine pour le prisonnier du *Goulag*, qui échappe alors au froid, au travail et aux rations faméliques. Ainsi, relate le dissident Vladimir K. Boukovsky :

Dans les temps staliniens, si l'on était placé dans un hôpital psychiatrique au lieu d'être envoyé dans un camp, on considérait cela comme le salut, ou presque, et plusieurs médecins-psychiatres ont sauvé ainsi des gens, en connaissance de cause. À toutes les époques, certes, il fallait se repentir, avouer sa faute et accepter le diagnostic. Il fallait reconnaître que l'on avait commis un crime, sous l'emprise de la maladie, mais que, grâce au séjour à l'hôpital, on était sorti de cet état morbide. Sans cet aveu, les médecins ne pouvaient donner l'*exeat* ni le tribunal vous libérer : rien d'autre, en effet, ne permettait de prouver que la malade n'était plus dangereux. Mais, au temps de Staline, ce détail troublait fort peu de personnes, à l'instruction, ce n'étaient pas des aveux de cette nature que l'on extorquait aux gens ! Et l'appellation de fou n'inquiétait pas davantage. En effet, pendant la terreur, c'était tout simplement le salut : un fou, au moins, on ne le fusille pas (340).

Malgré tout, dans les premiers temps de l'ère soviétique, ont lieu des tentatives d'utilisation de la psychiatrie à des fins politiques: Andreï Vychinski, alors dirigeant de la police secrète, aurait personnellement ordonné l'utilisation de la psychiatrie comme moyen répressif (333). Des hôpitaux psychiatriques se spécialisent alors dans ces « prises en charge ». Sous Staline les structures chargées de s'occuper de ces "malades-criminels" sont au nombre de trois (Leningrad, Kazan et Rybnisk (structure réservée à ceux qui étaient tombés malades dans le camps)) (320). Si le prisonnier, devenu fou, ne se repend pas de ses "erremments" et s'obstine dans la défense de ses « principes erronés », il s'expose à être inscrit sur la liste des malades chroniques et envoyé dans la colonie spéciale de Sytchevka, colonie d'où l'on ne revient pas (340).

Dès l'époque stalinienne, *l'Institut Serbski* dispose d'une section politique alors dirigée par le Pr Korzhavin, mais l'institution est encore relativement éloignée des pratiques répressives. Certains psychiatres essayent d'utiliser leurs postes pour d'empêcher certains internés d'être transférés au *Goulag*. En 1948, une commission du Parti, effectuant une visite d'inspection de *l'Institut Serbski*, se plaint que le régime de détention des malades n'y est pas suffisamment sévère tandis que trop d'entre eux sont jugés irresponsables (331).

L'ambiance change du tout au tout en 1948, après la nomination de Daniel Romanovitch Lunz (1912-1977) à la tête du quatrième département, appelé par la suite le département politique. Si jusqu'alors l'hospitalisation en psychiatrie est considérée comme une forme de refuge face aux violents modes répressifs usités par les autorités, la situation évolue radicalement et d'autres cas de psychiatisation politiques commencent à voir le jour dans les années 1940-1950 (333).



Figure 51 : Daniel Romanovitch Lunz (1912-1977)

c) *Sergueï Petrovitch Pissarev*

Sergueï Petrovitch Pissarev est un *bolchevik* de la première heure ; arrêté en 1935, il est, durant la *Grande Terreur* de 1937, accusé d'être un ennemi du peuple. Bien que soumis à la torture, il ne signe rien. Brisé, on l'envoie mourir en prison ; de là, il rédige plainte sur plainte. En 1938, il est libéré et blanchi suite à la destitution de Iejov et l'arrivée de Beria à la tête du K.G.B. À la suite cette libération quasi miraculeuse, il se rend au Comité central pour influencer sur la libération de ses compagnons de prison, enfermés suites à des aveux recueillis sous la torture : un nombre non négligeable de prisonniers sont ainsi libérés grâce à son intervention.

Héros de guerre durant le second conflit mondial, il attire une nouvelle fois l'attention des autorités sur son cas ; en 1953, en pleine affaire des "médecins saboteurs", Pissarev remet une note à Staline dans laquelle il affirme que le dossier est falsifié. Staline, frappé par l'audace, ordonne le transfert immédiat de Pissarev à l'hôpital psychiatrique de Leningrad. Quelques mois plus tard, la mort de Staline permet à Pissarev de sortir et d'obtenir le rejet du diagnostic (340).

Selon son estimation, une centaine d'opposants (240) sont présents dans les hôpitaux de Leningrad et de Kazan au moment (340) de la réhabilitation de masse poststalinienne. Profitant du dégel initié par Khrouchtchev et jouant de ses relations au *Comité central*, Pissarev arrive à faire nommer une commission spéciale qui enquête sur l'*Institut Serbski* ainsi que sur les hôpitaux de Leningrad et de Kazan. La commission reconnaît que des gens sains d'esprit y étaient enfermés pour des motifs d'ordre politique. Le rapport, malgré ses conclusions, ne donne lieu à aucune mesure concrète (269).

2. Khrouchtchev, l'opposant et le fou

a) *Le nouvel ordre juridique*

La déstalinisation de la société passe par l'établissement d'un nouvel ordre juridique permettant de fonder une "légalité socialiste" réelle (377) (383) ; après l'utilisation stalinienne de la justice comme arme dans la lutte des classes, les réformateurs défendent une conception réadaptatrice de la peine, appelant dès lors à « des mesures préventives et éducatives qui éliminent les facteurs contribuant à l'apparition des survivances du passé dans l'esprit de gens » (331) : punir devient réadapter.

Ce nouveau code juridique est mis en place au tournant des années 1959-1960 et, comme le décrit G. Bloche, « selon les normes soviétiques, la campagne de réforme du droit de Khrouchtchev a permis une libéralisation remarquable. Ironiquement, cette libéralisation a créé un cadre juridique pour l'utilisation politique de la psychiatrie qui a finalement suscité une condamnation généralisée en Occident. [...]. La seule fonction légitime de l'expression politique était d'enseigner et d'inspirer les masses à s'efforcer d'atteindre la vision socialiste du Parti » (331).

b) *Mutation de l'opposant : du criminel au fou*

Ce n'est qu'après la mort du *Petit Père du Peuple* (1953) que la psychiatrie commence à être utilisée à des fins politiques de manière massive : en pleine guerre froide, l'État soviétique, ne pouvant plus se permettre d'aussi violentes et voyantes répressions, décide d'en modifier la forme. De criminel, l'opposant au pouvoir soviétique devient anormal.

Dans la *Pravda* du 24 mai 1959, Khrouchtchev souligne que :

Un crime est une déviation des standards comportementaux généralement reconnus, fréquemment causée par des troubles mentaux (35).

Au début des années 1960, Khrouchtchev déclare la disparition de la catégorie de prisonnier politique en U.R.S.S. ; les manifestants qui rejettent le régime ne sont, selon le premier secrétaire du Parti, que des malades mentaux, malades qui nécessitent une aide adaptée (277). Citons le témoignage de V. K. Boukovsky :

Fort peu de gens, à l'époque, prenaient au sérieux les propos de Khrouchtchev : quelles balivernes n'avait-il pas dites... Mais on s'est aperçu que, cette fois, il ne s'agissait pas de l'une des habituelles plaisanteries de notre Numéro un, mais bien d'une directive qui devait marquer un tournant dans la politique répressive. Khrouchtchev, qui avait révélé les crimes de Staline, ne pouvait pas revenir au temps de la terreur, aux procès exemplaires et aux arrestations massives. Cela eût suscité à l'intérieur du pays, et surtout à l'étranger, une réaction trop vive. En même temps, il avait une peur panique de ce dégel qui, par une méchante ironie de l'Histoire, porte, jusqu'à maintenant encore, son nom. La discipline du Parti se relâchait, des espèces de néomarxistes faisaient leur apparition. Essayez un peu de les faire passer en jugement : quels cris ! quelles clameurs ! Et puis, comment organiser leurs procès sans recourir à la torture ? Khrouchtchev ne pouvait pas restaurer l'époque stalinienne, grandeur nature, et il ne le voulait pas.

Mais il était mû aussi par une autre considération d'importance : il avait sérieusement l'intention de construire le communisme [...].

En suivant rigoureusement la doctrine marxiste-léniniste, Khrouchtchev conclut que, dans un régime socialiste, il ne peut exister de conscience antisocialiste. [...] Il ne peut pas y avoir [...] une quelconque divergence de pensée. La conclusion qui s'impose est des plus simples, ces phénomènes, qui ne peuvent s'expliquer ni par l'héritage du passé ni pas une diversion de l'impérialisme mondial, sont tout simplement les manifestations d'une maladie mentale, que l'*existence* communiste, à elle seule, ne peut pas guérir, c'est bien connu. [...].

Les hôpitaux psychiatriques se mirent à pousser comme des champignons. [...] Quant au K.G.B., au lieu de la thèse stalinienne de l'aggravation de la lutte des classes, il reçut de nouvelles directives idéologiques sur l'aggravation des maladies psychiques, au fur et à mesure de la construction du communisme (340).

Cette nouvelle inclinaison du pouvoir semble dans un premier temps satisfaire les quelques prisonniers arrêtés pour motifs politiques ; déclarés fous, ils échappent aux camps de travail. Boukovsky rapporte les propos de Kovaleski, médecin psychiatre de Mourmansk, arrêté pour propagande antisoviétique, peu dupe, avertissant ses compagnons d'infortune :

Pauvres nigauds ! De quoi vous réjouissez-vous ? Vous, vous ne savez pas ce que c'est un hôpital psychiatrique. [...] [Votre conflit avec la société,] cela s'appelle une idée surévaluée. C'est le tout premier signe d'une évolution paranoïde de la personnalité. [...] Il va falloir qu'on vous soigne (340).

3. La généralisation

a) La répression sous l'ère Brejnev

Avec la chute de Khrouchtchev, la tendance à la psychiatisation de l'adversaire s'essouffle quelque peu, pour renaître à la fin de l'année 1968 (340). Comme l'écrit Robert van Voren, « sur la base des preuves disponibles, nous pouvons conclure qu'au cours des années 1960, l'abus politique de la psychiatrie dans l'Union soviétique est devenu l'une des principales méthodes de répression » (333).

C'est sous la période Brejnev (1964-1982) - ce dernier annonçant qu'il n'existe plus d'emprisonnement pour raison politique - que le plein développement de la psychiatisation politique est atteint. « Dans la société témoigne le psychiatre ukrainien Seymon Gluzman, la peur avait cessé d'être totale, dévorante. C'est alors qu'est née dans les profondeurs de l'appareil d'État l'idée d'accentuer la peur par un autre moyen, facile et efficace : l'utilisation de la psychiatrie à des fins de répression » (384) .

Nous disposons de textes d'archives confirmant que la dérive ne vient pas d'une confiance aveugle du Parti envers les psychiatres : la psychiatisation des dissidents prend sa source au plus haut de l'appareil d'État. Reproduisons ici quelques extraits de documents déclassifiés après la chute de l'U.R.S.S.

**Dest. : le président du Comité de sécurité
Secret**

près le Conseil des ministres

Cam. Andropov I.V.

de l'Union des R.S.S.

Moscou,

La direction régionale du K.G.B. [...] pour la région de Krasndar dispose de matériaux qui attestent que dans cette région un nombre important de malades mentaux commettent des manifestations hostiles et socialement dangereuses, élaborant des projets criminels et politiquement dangereux et interdisent des facteurs de démoralisation dans la vie des hommes soviétiques. Pour les deux dernières années, cent quatre-vingts individus de cette sorte sont entrés dans le champ visuel des organes de la sécurité de la région. Certains d'entre eux expriment des menaces terroristes, leur intention de tuer des militants ou de commettre d'autres crimes. [...].

Une série de malades mentaux commettent des crimes dangereux à la frontière de l'État et essaient de pénétrer à l'intérieur de bâtiments à destination de l'étranger afin de quitter le pays. En 1969, dans la 32^e section des gardes-frontières, sur 50 individus violant les frontières ou essayant de monter sur des bâtiments à destination de l'étranger, 19 étaient psychiquement perturbés. [...].

Certains malades gagnent Moscou, essaient avec obstination fantastique de rencontrer des étrangers, pénètrent dans les ambassades des pays capitalistes pour des tentatives délirantes ou des demandes d'asile politique. [...].

Beaucoup de gens affectés de maladies mentales essaient de créer de nouveaux "partis", des organisations diverses, des soviets, élaborent et diffusent des projets de statuts, de programmes et de lois. [...].

Plusieurs malades écrivent quantité de lettres à divers organismes centraux ou régionaux remplies d'élucubrations antisoviétiques et de menaces. [...].

Parmi ces malades psychiques, il en est beaucoup qui sont enclins

à commettre des agressions, des meurtres, des viols, et certains font des tentatives ou réalisent des délits également scandaleux. [...].

Dans la région, d'après les renseignements des dispensaires psychiatriques, pour un nombre total de 55 800 malades mentaux, beaucoup sont agressifs, méchants, et près de 700 représentent un danger social. [...].

Afin de prévenir des conséquences dangereuses de la part de cette catégorie d'individus, les organes de la sécurité de la région sont obligés de prendre les mesures qui s'imposent, ce qui requiert beaucoup de force et de moyens.

À l'heure actuelle, d'après les renseignements de la section régionale de la santé, de 11 000 à 12 000 malades devraient être hospitalisés, or, les institutions sanitaires présentant ce profil ne disposent que de 3 785 lits. Pour parer à des manifestations dangereuses de la part de ces personnes souffrant de maladies mentales, à notre avis, d'ailleurs partagé par les responsables des services de santé de la région, on doit continuer à améliorer le système de mesures pour dépister, enregistrer, hospitaliser et soigner ces patients, ainsi que pour contrôler leur conduite en dehors des institutions médicales. [...].

Major Général

S. Smorodinski

15 décembre 1969

N° 8951 (385)

b) La psychiatisation, forme répressive douce ?

Si dans les débuts de la répression soviétique passer par les mains des psychiatres est un destin envié par les prisonniers politiques, la situation change du tout au tout lors des années 1960. Comme l'écrit l'historien Jean-Jacques Marie, « le système des hôpitaux psychiatriques spéciaux représente le moyen de répression le plus dur et le plus insupportable que la bureaucratie ait mis en place en U.R.S.S.. Les camps de Staline avaient une fonction répressive de masse ; des millions d'hommes y ont péri. Les hôpitaux psychiatriques de type spécial visent à briser une mince couche de quelques centaines, au maximum quelques milliers d'hommes. [...] Le K.G.B. craint que ces hommes ne constituent l'ébauche d'une "avant-garde" politique

consciente. [...] Aussi rien n'est-il épargné pour les briser » (386).

La Révolution de 1917, comme on l'a vu plus haut, est à l'origine d'une centralisation d'une médecine autrefois éparpillée : si cette centralisation entraîne une amélioration des soins, elle est également l'arme nouvelle utilisée pour le contrôle des populations. « Les diagnostics portés par les médecins, poursuit Jean-Jacques Marie, les "histoires de la maladie" des patients, sont consultés, utilisés par la police politique de la bureaucratie et servent éventuellement d'armes contre ceux qu'elle cherche à domestiquer ou abattre » (386).

C. La législation

L'État soviétique connaît deux méthodes pour contraindre ses opposants à un internement psychiatrique : une procédure pénale, l'autre civile.

1. La procédure pénale

a) Irresponsabilité et non-imputabilité

D'après la législation soviétique de 1960, un prévenu qui a commis un "acte socialement dangereux" est déclaré irresponsable (*nevmeniaemyi*) si, au moment de commettre l'acte, il ne pouvait pas :

réaliser l'importance de ses actes ou les contrôler en raison d'une maladie mentale chronique ou d'un autre état de maladie (331).

La non-imputabilité (*nevmenyaemost*) est définie par le droit pénal soviétique comme suit :

La non-imputabilité est un concept fondé sur deux critères, l'un médical, l'autre juridique. Le premier requiert l'établissement d'un diagnostic de maladie mentale chronique, de dérangement mental temporaire, de faiblesse d'esprit ou toute autre forme de maladie mentale chez quelqu'un qui a commis un acte socialement dangereux. Ce critère est exclusivement de la compétence de l'expert-psychiatre. Le critère juridique requiert

d'établir que la personne ayant commis un acte socialement dangereux est incapable, en raison de son état mental, d'agir en connaissance de cause ou de contrôler ses actes. C'est le tribunal qui établit si le critère juridique de non-imputabilité est satisfait, à partir non seulement des conclusions des spécialistes, mais aussi d'autres éléments de preuve (387).

Pour que l'irresponsabilité soit prononcée, le législateur soviétique exige que la pathologie mentale ait causé une perte de capacité à comprendre la signification d'un acte criminel, ou bien ayant entraîné une perte de contrôle sur son comportement. Comme le souligne Bloche, « le droit de la responsabilité pénale en Union soviétique permet donc une grande déférence à l'égard des notions de normalité et de déviance chargées de valeurs qui sont incarnées dans la doctrine psychiatrique dominante. [...]. Tant sur le plan de la compétence que sur celui de la responsabilité pénale, le droit matériel soviétique s'en remet à l'aura de l'expertise psychiatrique, ce qui facilite [...] l'élimination des dissidents comme malades » (331).

b) L'expertise médico-légale

Selon la procédure pénale, c'est au magistrat instructeur de demander l'expertise psychiatrique : le suspect passe alors devant une commission de psychiatrie légale, composée de trois psychiatres – moins dans les régions éloignées de la capitale (331)- qui doit estimer si, à cause de son état mental, le suspect doit être tenu pour responsable du délit commis et si le sujet nécessite des soins psychiatriques. Citons ici la définition qu'en donne le professeur soviétique G. V. Morozov :

Un examen psychiatrique médico-légal est effectué à la demande des organes d'enquête ou du tribunal. En U.R.S.S., la procédure de demande et de réalisation d'un tel examen et d'évaluation des résultats est précisée par des articles du Code pénal, du Code civil et du Code de procédure pénale et du Code de procédure civile. Les psychiatres sont guidés dans leur examen par des règlements établis par des organismes de santé publique. Des examens psychiatriques médico-légaux peuvent être administrés aux accusés, aux témoins, aux parties à une procédure civile, aux

parties lésées dans une procédure pénale et aux personnes condamnées (sous la direction des autorités pénitentiaires).

L'examen psychiatrique médico-légal traite des questions d'imputabilité et de non-imputabilité. Les experts décident quelles mesures médicales prévues par la loi devraient s'appliquer aux prévenus jugés irresponsables et lesquelles devraient s'appliquer aux personnes (prévenus et déjà condamnés) qui développent une maladie mentale après avoir commis un crime. L'objectif principal de l'interrogatoire des témoins et des parties lésées est de déterminer s'ils sont capables ou non de comprendre pleinement les circonstances de l'affaire et de témoigner correctement. Un examen psychiatrique médico-légal est ordonné dans le cadre d'une procédure civile afin d'établir la capacité transactionnelle d'un demandeur ou d'un défendeur. Dans un examen psychiatrique médico-légal d'une personne condamnée qui tombe malade pendant qu'elle purge sa peine, les experts ont pour tâche de déterminer la nature, la gravité et la curabilité de la maladie mentale ; l'information est utilisée pour déterminer si la personne condamnée peut ou non continuer à purger sa peine.

Les résultats d'un examen psychiatrique médico-légal sont présentés sous la forme d'une conclusion écrite préparée conformément aux instructions du Ministère de la santé publique de l'U.R.S.S.. Selon la loi, la conclusion tirée après un examen psychiatrique médico-légal, comme tous les autres types d'examens médico-légaux, est utilisée comme preuve. Elle n'a cependant pas force obligatoire pour les organes d'enquête et le tribunal. Si ces organismes ne sont pas d'accord avec la conclusion, ils doivent justifier leur opinion (388).

Si la réponse des spécialistes s'oriente vers une prise en charge médicale le procès n'a pas lieu : une audience est alors fixée pour déterminer si l'accusé a commis un acte qui peut être qualifié de socialement dangereux, s'il s'agit d'accepter le diagnostic de non-imputabilité et, enfin, la question du placement de l'accusé. Les tribunaux peuvent, en cas de diagnostic incertain ou flou, demander l'avis d'un second expert psychiatrique, expert toujours désigné par le pouvoir.

c) *Les pertes de droits de la défense*

Cette procédure pénale empêche l'accusé de contester l'évaluation psychiatrique ; cette dernière peut être décidée sans en informer l'accusé, tandis que les conclusions et recommandations de la commission n'ont pas à être divulguées à la défense si la commission conclut que « son état mental rend cette divulgation impossible » (331).

L'accusé perd également le droit d'être informé de l'enquête criminelle et d'être mis au courant si de nouvelles charges sont portées contre lui ; la défense n'a pas accès aux documents compilés par les enquêteurs. L'avocat de l'accusé n'est pas « autorisé à participer à l'affaire [jusqu'à ce que] le fait de la maladie mentale du [criminel] soit établi » (331).

Comme l'écrit G. Bloche, « une fois qu'un prévenu soviétique est entre les mains de ses experts psychiatriques, un ensemble différent de circonstances s'opère pour envelopper les choix politiques concernant sa disposition dans l'aura de l'autorité médicale. En premier lieu, les examinateurs judiciaires sont officiellement tenus non seulement d'enquêter et de faire rapport sur les processus mentaux de l'accusé, mais aussi de tirer des conclusions sur la question de la responsabilité légale. De plus, comme les opinions psychiatriques ne sont soumises qu'à un contre-interrogatoire minimal, il n'y a aucune possibilité pour le processus judiciaire de séparer les notions morales et juridiques des médecins de leur raisonnement technique sur la psychopathologie. Au lieu de cela, ces notions sont acceptées sans critique par les tribunaux, qui adoptent régulièrement les conclusions des experts après un examen superficiel. Le précepte libéral de séparation entre les questions de fait et de valeur est étranger à la jurisprudence soviétique, qui, dans les affaires techniquement complexes, défère aux experts médico-légaux sur les questions de fait et de droit. [...]. Le rejet total par les soviétiques du principe de séparation donne carte blanche aux institutions juridiques soviétiques pour aborder les questions de responsabilité pénale sous le couvert de l'expertise » (331).

Une fois que la commission psychiatrique a rendu ses conclusions se tient une audience sommaire en remplacement d'un procès conventionnel, audience dont la présence de l'inculpé n'est pas nécessaire, en vertu du verdict de non-responsabilité (331).

Les tribunaux soviétiques suivent presque toujours les conclusions de la commission et, comme le souligne un rapport d'*Amnesty International*, s'ils « condamnent invariablement les dissidents jugés pour motifs politiques ou religieux [...] la situation de ceux qui ont été déclarés

malades mentaux n'est guère meilleure. »⁹⁶

Une fois condamnés et déclarés irresponsables, car étant sous l'emprise d'une pathologie mentale, les accusés se voient ordonner des obligations de soins. La terminologie médicale utilisée par les experts permet d'effacer les choix personnels des prévenus, qui sont délestés de leur identité politique au profit d'une identité pathologique.

Trois options existent pour le placement : l'accusé - devenu patient - est placé au domicile de sa famille ou d'un tuteur ⁹⁷ ; il est interné, et ce pour une durée indéterminée dans un hôpital psychiatrique ordinaire ; internement au sein d'un hôpital psychiatrique spécial (*psikhouchka*) pour les personnes qui « représentent, selon la formule du Code pénal, un danger spécial pour la société » (387). Toujours selon le rapport d'*Amnesty International*, « il [était] courant que les tribunaux ordonnent l'internement de dissidents en hôpital psychiatrique spécial sans qu'ils aient commis d'actes violents, ou même que les psychiatres ou les tribunaux aient fait le moindre effort pour démontrer qu'ils représentaient un "danger spécial" pour autrui ou pour la société » (387).

2. La procédure civile

a) *Prévenir les actes socialement dangereux*

Les autorités soviétiques disposent également d'une procédure civile afin d'interner les dissidents politiques : cette procédure est utilisée pour les individus n'ayant pas commis d'actes répréhensibles, mais jugés capables de se rendre coupables d'actes socialement dangereux. Pas de juges dans cette forme d'internement, seule la décision d'un médecin psychiatre. Selon le juriste G. Bloche, « un écart important dans le domaine de la "légalité socialiste" laissé par l'échec des réformateurs poststaliniens à mettre en place un système de procédure administrative et de contrôle judiciaire de l'action administrative. Dans ce vide, la procédure soviétique d'internement civil est légalement libre de détenir des citoyens avec un caractère arbitraire potentiellement stalinien » (331).

Cette mesure médico-administrative est encadrée par une directive de 1961 - *Hospitalisation*

⁹⁶ URSS, *les prisonniers d'opinion. Rapport d'Amnesty International*, Amnesty International Publications, Éditions Mazarine, 1980, p. 265.

⁹⁷ Selon Amnesty International il n'est pas connu d'affaire politique s'étant résolue par cette décision du tribunal. (cf Amnesty International, *URSS, les prisonniers d'opinion. Rapport d'Amnesty International*, Amnesty International Publications, Éditions Mazarine, 1980, p 265).

d'urgence de personnes atteintes de maladies mentales et présentant un danger pour le public
- provenant du *Ministère de la santé* validée par le *Ministère de l'Intérieur*, que nous reproduisons ici :

Dans un certain nombre de circonstances, la nécessité d'empêcher des personnes atteintes de maladies mentales d'accomplir des actes dangereux exige leur hospitalisation d'urgence dans des institutions psychiatriques. En conséquence :

- 1) Si une personne atteinte de maladie mentale constitue de façon évidente un danger pour elle-même ou pour son entourage, les autorités sanitaires ont le droit (par le moyen d'une assistance psychiatrique immédiate) de placer cette personne dans un hôpital psychiatrique sans le consentement du malade lui-même, de ses parents, ou des personnes qui en ont la garde ;
- 2) Un malade qui a été confié à une institution psychiatrique doit être examiné dans les vingt-quatre heures par une commission spéciale composée de trois psychiatres, qui jugeront si la décision de confier le malade à l'institution était fondée et décideront s'il était nécessaire de prolonger le séjour du patient à l'hôpital. Les parents les plus proches seront informés de l'hospitalisation ;
- 3) Le motif essentiel d'une hospitalisation obligatoire est que le malade constitue un danger public, et les critères en sont les symptômes de comportement anormal suivants :
 - a) Excitation psychomotrice avec tendance aux actes agressifs ;
 - b) Comportement irrégulier, accompagné de désordres psychologiques (hallucinations, syndromes d'automatisme psychologique, syndrome de désordre de conscience, impulsivité pathologique), dans le cadre où ces désordres s'accompagnent d'une tension affective aiguë s'efforçant de s'exprimer activement ;
 - c) Syndrome systématique d'illusion, avec détérioration chronique, dans le cas où il a pour conséquence un comportement dangereux pour le public ;
 - d) État hallucinatoire hypocondriaque, provoquant chez le malade une attitude irrégulière, agressive à l'égard d'individus, organisations ou d'institutions.

- 4) Une simple intoxication alcoolique aiguë n'est pas un motif d'internement d'urgence dans un hôpital psychiatrique, pas plus que les états provoqués par des intoxications provenant de l'usage de narcotiques ou les réactions affectives de personnes non atteintes de maladies mentales ;
- 5) L'hospitalisation d'urgence est une responsabilité qui incombe aux psychiatres, mais dans les régions où il n'existe pas d'institution psychiatrique, des médecins appartenant au service de médecine générale peuvent agir en leur place ; et dans ce cas le malade doit être transporté aussi rapidement que possible à l'hôpital psychiatrique le plus proche ;
- 6) Dans le cas d'une hospitalisation d'urgence, le médecin qui a confié le malade à l'hôpital est tenu de donner un compte rendu détaillé des motifs d'ordre médical sur lesquels se fonde sa décision, et il doit, à la fin de son rapport, indiquer le lieu dans lequel il exerce, le poste qu'il occupe, son nom et la date de l'ordre d'hospitalisation ;
- 7) En charge de nécessité (si les parents ou les personnes chargées de la garde du malade offrent une résistance), les autorités locales de police sont obligées d'apporter leur aide à l'hospitalisation d'urgence de personnes atteintes de maladies mentales, si elles en sont requises par les médecins, aux conditions indiquées au paragraphe 5 ;
- 8) Les malades hospitalisés dans des institutions psychiatriques sont placés dans les services hospitaliers correspondant à leur état mental et au traitement qu'ils doivent recevoir : les malades seront obligatoirement soumis à de nouveaux examens (qui doivent avoir lieu au moins une fois par mois) qui seront effectués par une commission spéciale composée de trois psychiatres qui examineront s'il est nécessaire de prolonger l'internement à l'hôpital. En se fondant sur une amélioration de l'état mental du malade ou de l'image clinique de la maladie, d'une importance telle que le malade ne présente plus de danger pour le public, la commission médicale formulera un avis sur la possibilité de laisser le malade sortir de l'hôpital. Un tel malade devra être confié aux soins de sa famille ou de ses gardiens (240).

Cette directive gouvernementale autorise ainsi les médecins à interner toute personne *socialement dangereuse*, concept flou s'il en est. Le texte précise un certain nombre de symptômes, exemples d'application de la mesure, qu'il considère comme « non exhaustive [et simple] énumération des conditions socialement dangereuse qui se produit le plus fréquemment » : là aussi, le manque de clarté est flagrant : « fantasme anxieux entraînant une attitude agressive anormale envers des individus, organisations et institutions », « syndrome systématique de fantasmes avec détermination chronique s'il aboutit à un comportement socialement dangereux » sont par exemple invoqués. Le texte ne définit d'ailleurs nullement ce qu'il faut entendre par « socialement dangereux ». De plus, il est souligné dans la directive, « comme pour encourager délibérément l'internement forcé de citoyens paisibles », selon la formule d'*Amnesty International*, que la présentation symptomatologique « peut s'accompagner d'un comportement extérieur correct et de dissimulation » (387), sans remettre en cause la mesure administrative. C'est souvent cette modalité qui fut utilisée par les autorités soviétiques : « des dissidents ont été internés en hôpital psychiatrique dans des circonstances très variées, écrit *Amnesty International*, l'élément commun étant toujours le lien direct entre l'exercice de leurs droits de l'homme et la décision officielle de les faire interner » (387).

b) La directive de 1971 sur l'Hospitalisation d'urgence des malades mentaux dangereux sur le plan social

En août 1971, une nouvelle directive (*Hospitalisation d'urgence des malades mentaux dangereux sur le plan social* (331)) vient remplacer le texte de 1961⁹⁸ ; cette nouvelle version élimine l'énoncé de non-exhaustivité, et précise plus en détail les symptômes psychotiques incriminés, y rajoutant les tendances suicidaires, les états maniaques et dépressifs et fait mention des lésions cérébrales organiques.

Après l'ordonnance de 1971, les psychiatres qui internent des patients grâce à cette mesure administrative doivent justifier l'internement par un diagnostic préalablement inscrit sur une liste dédiée. Le texte spécifie la catégorie pertinente pour les cas de dissidence politique, « les états délirants hypocondriaques, qui causent le comportement agressif incorrect envers certaines personnes, organisations et institutions », tandis qu'il confirme que ces états « peuvent

⁹⁸ Ce document, souligne *Amnesty International*, est, à l'époque, quasiment introuvable, « pratiquement un document secret » (*Amnesty International, URSS, les prisonniers d'opinion. Rapport d'Amnesty International, Amnesty International Publications, Éditions Mazarine, 1980, p. 267*).

s'accompagner d'un comportement extérieur correct et de dissimulation » ; le clinicien doit donc, selon la version de 1971, être extrêmement prudent « pour évaluer la condition mentale de ces personnes afin de prévenir les actes socialement dangereux des malades mentaux par une hospitalisation opportune sans élargir les indications d'hospitalisation urgente » (331).

« Le message aux psychiatres est clair, résume G. Bloche. Le "comportement" qui interpelle les individus et les institutions en situation d'autorité est, en soi, un signe de danger social, de troubles mentaux. Si les psychiatres sont confrontés à une histoire "clinique" d'un tel comportement, ils doivent rester scrupuleusement sensibles à la possibilité que la normalité apparente d'un individu examiné au cours d'un entretien puisse masquer une propension à relever de tels défis à l'avenir. En cas de doute, la directive suggère que les médecins se trompent en faveur de la détention préventive⁹⁹. En bref, les critères soviétiques pour l'engagement civil invitent à une fin administrative autour des réformes du droit pénal de l'ère Khrouchtchev, au service de la répression politique » (331).

Dans le nouveau texte de 1971, une fois la décision du psychiatre – ou un médecin généraliste dans les localités sans institutions psychiatriques - de déclencher une mesure civile d'internement prise, le patient est censé passer devant une commission composée de trois psychiatres dans un délai de vingt-quatre heures afin de déterminer « la pertinence de l'hospitalisation » et si « un séjour supplémentaire à l'hôpital est nécessaire ». Vingt-quatre heures après la tenue de cette commission, la famille proche du patient doit être mise au courant de la mesure. Comme le rapporte *Amnesty International*, ces mesures sont rarement appliquées.

Dans les cas d'internement administratif, les dissidents étaient le plus souvent orientés vers les hôpitaux psychiatriques standards.

Une fois la mesure civile d'internement mise en place, les patients doivent théoriquement être réévalués mensuellement par une nouvelle commission de trois psychiatres. La levée de la mesure d'internement doit être justifiée par la disparition du critère de "dangerosité pour la

⁹⁹ Sur cette question, le texte de 1971 est contradictoire. A la page 196, il est écrit que : « Dans les cas où le comportement socialement dangereux d'une personne mène à la suspicion d'un trouble mental qui n'est pas apparent, une telle personne n'est pas sujette à une hospitalisation urgente. Ces personnes, si elles sont détenues dans le cadre d'un comportement socialement dangereux par les organismes compétents, sont soumises à un examen psychiatrique tel qu'il a été établi par le procédure pénale » (*Urgent Hospitalization of the Socially Dangerous Mentally Ill*, Instructions of the Ministry of Public Health of the U.S.S.R., August 26, 1971, No. 06-14-43, cité par Gregg Bloche, *Law, Theory, and Politics : The Dilemne of Soviet Psychiatry*, Yale Journal of International Law, Volume 1, N° 2, 1986, p. 331).

société" ; la famille du patient doit également donner son accord afin de devenir "responsable de ses soins ». Avant la sortie d'hospitalisation, la directive de 1971 impose à l'hôpital d'informer un « centre psychoneurologique où tous ces patients doivent être enregistrés et soumis à un traitement systématique si nécessaire ». Le patient n'a pas l'opportunité de faire retirer son nom de ce registre.
(331).

Il n'est pas relevé de cas connu dans lequel le patient a pu faire intervenir, ou consulter, un avocat ; la directive de 1971 ne confère aucun droit de ce genre aux internés, de même qu'elle ne stipule pas les autres droits du patient. L'unique disposition du document dans ce sens est une invitation à une *autosurveillance* administrative : « les médecins-chefs des établissements psychiatriques doivent exercer une supervision systématique de la conformité » (331). Comme l'écrit Bloche, « sans même une procédure administrative permettant aux patients (ou aux familles) de faire appel des décisions prises au sujet de leur vie, cet appel à l'autosurveillance bureaucratique offre aux patients une protection ténue. Les procédures d'internement civil soviétique, en bref, laissent les autorités de santé mentale et de sécurité remarquablement libres de confiner les citoyens sans même tenir compte de la conception limitée de l'application régulière de la loi reflétée dans la procédure pénale soviétique » (331).

D. La clinique

1. Influences théoriques

a) Influences pavloviennes

Le cadre pavlovien de la psychiatrie soviétique se prête particulièrement bien à de telles pratiques punitives. « La doctrine pavlovienne, écrit G. Bloche, a encouragé la montée de ce que les Occidentaux ont considéré comme un abus brutal de la psychiatrie pour étouffer la dissidence politique. Premièrement, le principe selon lequel toutes les connaissances, la pensée, et même la perspicacité sont la somme de nombreuses réponses conditionnées élémentaires suggère un rôle extraordinairement large pour les psychiatres dans la tâche de la construction socialiste, une tâche qui, selon la pensée léniniste, exige le silence des voix réactionnaires", dissidentes. Deuxièmement, la conception pavlovienne du "traitement" comme

reconditionnement – la création de voies neuronales socialement souhaitables – sape les notions occidentales de distinction entre la "thérapie" humaniste et la "punition" contraire à l'éthique. De nouvelles réponses peuvent être conditionnées à l'aide d'expériences aussi bien averties qu'agréables. Ainsi, la "punition" d'un militant pro-occidental des droits de l'homme peut être la "thérapie" efficace d'un psychiatre soviétique. Troisièmement, et peut-être le plus troublant pour la conscience libérale, le modèle pavlovien de l'esprit en tant que somme des réponses conditionnées rend insignifiante la prétention morale du dissident à la liberté de penser. Ainsi, la théorie pavlovienne a donné une force substantielle au développement d'une approche psychiatrique de la dissidence, et n'était pas [...] une simple rationalisation cynique de la répression totalitaire. [...]. Pour les psychiatres soviétiques, les principes pavloviens n'étaient guère une couverture cynique et consciemment cynique de la répression totalitaire » (331).

b) *L'influence de Snejnevski*

La révolution psychopharmacologique des années 50-60 fournit de nouvelles "armes" conceptuelles « pour le développement d'une approche diagnostique de la dissidence » (331). Les formes légères des types *shift-like* ou *continue*, telle que décrite par A. Snejnevski, ne présentent pas de symptomatologies psychotiques : les individus ainsi diagnostiqués en U.R.S.S. n'auraient probablement pas été évalués de la même manière par des psychiatres occidentaux ; ces derniers auraient préféré évoquer des troubles d'ordres névrotiques ou des troubles de la personnalité. Par exemple, la forme légère du type *shift-like* peut recouvrir, pour un Occidental, des "troubles" tels que les "contentieux sociaux" ou les "préoccupations philosophiques", ou bien des signes évoquant une personnalité schizoïde, évitante ou antisociale. Les formes légères du type *continu* peuvent évoquer des manifestations d'introspection, de "doute obsessionnel", de conflits avec l'autorité, et de réformisme. « Ainsi, sous le système de Snejnevski, écrit G. Bloche, une gamme extraordinaire de types personnels est sujette à être interprétée comme une schizophrénie, capable, en théorie, de dégénérer en dysfonctionnement psychotique. [...]. Ce qui est unique [...] c'est le triomphe de cette théorie en tant que sagesse diagnostique conventionnelle, pratiquement immunisée de la critique interne » (331). C'est surtout la forme latente qui est utilisée comme diagnostic envers les dissidents (339).

Snejnevski, directeur de l'*Institut de psychiatrie* de l'*Académie soviétique des sciences médicales*, précise les "signes" sémiologiques de ces "pathologies" mentales : donnant une définition très large de la schizophrénie, ce dernier autorise que le diagnostic puisse être posé

sans présence de symptômes externes : c'est ce qu'il nomme « l'apparente normalité » (387).

Dans les expertises on peut retrouver les éléments suivants : « épuisement nerveux causé par la recherche de la justice » (Nadejda Gaidar, 1976) ; « paranoïa psychopathique avec surestimation de certaines idées et tendance à la contestation » (Mikhaïl Jikharev, 1974) ; « schizophrénie accompagnée de délire religieux » (Alexandre Volochtchouk, 1977) ; « fantasmes réformistes » et « idées réformistes » (Yevgueny Nikolayev, 1978) ; « psychopathie, avec tendance à la litigation » (Alexandre Rojdestov, 1978) ; « obsession de transformer la société » (Mikhaïl Koukobaka, 1976) (387). La défense de l'idée nationale est également un « symptôme » fréquent justifiant l'hospitalisation (environ 10% des dissidents psychiatrisés le sont pour leur défense de l'idée de libération nationale, particulièrement ukrainienne (389)).

Tout comportement est alors jugé à l'aune de la pathologie ; comme le témoigne le dissident Léonid Plioutchch :

Lorsqu'il m'arrivait de protester contre le vacarme de la radio, je m'attirais le commentaire suivant : "Vous voyez bien, votre fond antisoviétique ne peut pas supporter les informations..."

Si d'aventure je ne les saluais pas : "Mais il nous prend pour des ennemis !"

Si je me mettais à parler de la bourgeoisie soviétique : "Manière incorrecte appréhender la réalité..."

Si je protestais contre la conception petit-bourgeoise de notre vie politique : "Mégalomanie, il se prend pour Lénine !"

J'ai de multiples centres d'intérêt : "Schizophrénie".

Mais voici que mon goût pour les livres ne finit pas faiblir : "Misanthropie, auto-exclusion."

Vint un moment où j'eus beaucoup de mal à me concentrer sur leurs questions hors des interrogatoires, et je cessai alors de discuter avec eux :

- Ah ! la tactique du silence ! Il s'est aigri ! Il rentre dans sa coquille ! Il nous jette de ces regards... à croire qu'il a envie de nous égorger tous ! (390)

Dans une société socialiste, les causes sociales de la criminalité sont censées avoir disparu ; tout acte criminel peut donc être assimilé à une anomalie psychique. Pour le régime communiste,

il ne peut exister de contradiction entre les prises de position d'un individu et celles de la société ; l'existence déterminant la conscience, il ne peut pas y avoir de conscience non socialiste (340). Ainsi, ce qui se détourne de la voie tracée par la société socialiste peut être suspect de développement paranoïde de la personnalité. Comme l'écrivent les professeurs de psychiatrie Pétcherinkov et Kossatchev de l'*Institut Serbski* :

Dans la majorité des cas, les idées de "lutte pour la vérité et la justice" se trouvent formulées par des personnalités de complexion paranoïde.

Les états de paranoïa chicanière apparaissent à la suite de circonstances traumatisantes affectant les intérêts du patient et sont marqués par une exacerbation de la sensibilité de l'individu dans ses prises de position en matière de droit.

Le trait caractéristique des idées surévaluées, c'est la conviction d'être dans son bon droit, l'obsession de défendre les droits "bafoués", l'importance que revêtent les états d'âme pour la personnalité du malade. Ils utilisent les audiences judiciaires comme une tribune pour leurs discours et leurs appels (340).

Pour le professeur N. N. Timofeïev, les pensées *hétérodoxes* sont ainsi suspectes de revêtir un caractère morbide :

L'hétérodoxie peut être conditionnée par une maladie du cerveau, lorsque le processus pathologique se développe lentement, doucement (schizophrénie latente), tandis que ses autres symptômes, jusqu'à un certain stade (pouvant parfois aller jusqu'à l'accomplissement d'actes criminels), restent indécélables. [...]. Cette tranche d'âge bien déterminée [vingt – vingt-neuf ans], dans la mesure où elle se caractérise par la majoration des attitudes conflictuelles, la tendance à s'affirmer, le rejet des traditions, des opinions, des normes, etc., constitue un terrain propice à l'élaboration de ce mythe selon lequel des jeunes gens, qui sont réellement atteints de schizophrénie, se verraient placés sans raison dans des hôpitaux psychiatriques et qu'ils y seraient censément détenus pour ce motif qu'ils « ne pensent pas comme tout le monde » (340).

Certains "patients" sont également traités pour "fantasme religieux" ou "schizophrénie accompagnée de délire religieux". Donnons ici l'exemple de Ivan Vasilievitch Lazouta et de Guennady Mikhailoitch Chimanolov.

Lazouta, diagnostiqué schizophrène, est traité par des cures de comas insuliniques. Tombant rapidement dans un état de faiblesse intense, il demande à son médecin :

- Que se passera-t-il si je renie Dieu et si je cesse de prier ?
- Dans ce cas-là, lui répond son psychiatre, on vous laissera immédiatement rentrer chez vous.

Ne cédant pas, le traitement se poursuit inlassablement. Lors d'une nouvelle visite, le psychiatre s'adresse à Lazouta :

- Alors, Lazouta, tu crois encore en Dieu ?
- Oh ! Oui... Je crois !
- Eh bien ! Nous finirons par te guérir de ton fanatisme (391).

Guennady Chimanolov lors d'un entretien avec un psychiatre s'entend dire :

- Guennady Mikhailovitch ! Tout ce que vous nous racontez nous confirme qu'à la base de votre "conversion" il y a votre maladie. Bien sûr, vous ne le comprenez pas...
- « Mais la maladie doit se manifester par quelques symptômes ?
- « Chez vous, elle se manifeste par votre attirance vers la religion. [...] Vous êtes devenu un homme dangereux pour la société Guennady Mikhailovitch ! Vous avez besoin d'être soigné (386).

Le système de Snejnevski connaît une large application au niveau médico-légal : bien que le manuel de médecine légale de référence ¹⁰⁰ de l'époque met en garde de la difficulté diagnostique et contre le risque d'interprétation erronée de la schizophrénie à développement lent (sous type latent de la forme "continue") à défaut de diagnostiquer un trouble du caractère, le diagnostic de schizophrénie, une fois posé, entraîne des conséquences irrémédiables ; dans

¹⁰⁰ G. Morozov, I. Kalashnik, *Forensic Psychiatry*, Soviet forensic psychiatry textbook, Moscou, 1970.

les affaires judiciaires, le diagnostic le plus mineur de schizophrénie, comme le sous-type léger, est à l'origine, et ce de manière quasi automatique, d'une mesure de non-responsabilité juridique (331). « Même si l'accusé semble en grande partie normal, résume Bloche, avec "seulement certains symptômes morbides" qui ne semblent pas liés à son acte "socialement dangereux", la maladie schizophrénique est considérée comme ayant un impact global sur la fonction mentale » (331).

La théorie du spectre schizophrénique de Snejnevski devient une justification de l'irresponsabilité : la question juridique se voit remplacée par l'acte diagnostic. Le recours au diagnostic de schizophrénie torpide dans les cas des dissidents autorise, comme le souligne Jean Garrabé, le respect du formalisme médico-légal, au prix d'un dévoiement éthique (165).

c) *La psychopathie paranoïaque*

Autre diagnostic justifiant la psychiatisation des dissidents, la *psychopathie paranoïaque* ; dans cette forme clinique, l'intellect du "patient" est intact : ce sont ses caractéristiques émotionnelles qui sont atteintes.

La psychiatrie soviétique distingue ces troubles des comportements sains en établissant que seuls les premiers impliquent « des variantes anormales relativement permanentes et profondément pénétrantes » qui « empêchent [...] l'adaptation de la personne à son environnement » (331). Toujours selon le manuel de psychiatrie légale de référence, les patients atteints de ce trouble sont décrits comme étant marqués par une « conviction inébranlable », gonflés de leur importance, persuadés de l'influence qu'ils ont sur les autres. Ils peuvent ainsi exercer des influences néfastes sur d'autres personnes, particulièrement chez un public suggestible. Ils ont parfois « une passion pour l'invention scientifique et le travail réformiste » et sont « convaincus de leur droiture », mais leurs « projets et plans relèvent généralement l'éventail étroit de leur intérêt et de leurs connaissances, en plus de leur nature erronée » (331). Le Pr Lunz, dans une expertise, définit comme suit la clinique d'un "délire paranoïaque réformateur" :

Le malade parle beaucoup et avec ardeur. Il s'efforce de prouver son point de vue et l'imposer à tout interlocuteur. [...] Se distingue de son entourage [...] se montre actif. [...] Réunit la

foule et crie qu'il va combattre pour la démocratie et la vérité
(391).

C'est ainsi que les psychiatres russes décrivent le "délire réformiste" et la "manie du litige", manifestations pathologiques qui prennent un sens particulier au sein d'une société totalitaire : « dans une culture politique autoritaire, écrit Bloche, le "délire réformiste" est un concept psychiatrique cohérent et crédible. Il en est de même pour « la manie du litige », dans une société où les droits sont définis avec autorité par ceux qui font l'objet d'un litige et où le refus des autorités d'accorder un avantage à un individu est lui-même interprété comme une preuve convaincante que la revendication de l'individu était fausse » (331).

Contrairement à la schizophrénie snejnevsienne, le diagnostic de psychopathie paranoïaque n'entraîne pas systématiquement une irresponsabilité légale : puisque leurs processus intellectuels ne sont pas considérés comme étant génétiquement aberrants, ces patients sont considérés comme « capables d'évaluer correctement la réalité extérieure et de gouverner leurs actions ». Toutefois, lorsque « les altérations du caractère de la personnalité psychopathique sont si profondes [...] il est justifié de comparer un état psychopathique à un état de maladie mentale », et donc de prononcer une irresponsabilité ; de même lorsque l'accusé a agi « dans un état de décompensation profonde ou de réaction psychopathique aiguë » (331).

Ces critères vagues invitent les juristes à demander aux psychiatres leurs propres jugements "instinctifs" sur la question de la responsabilité, et de formuler leurs conclusions de manière technique afin de justifier cet avis personnel. Ainsi, « le psychiatre soviétique peut d'abord prendre une décision, écrit Bloche, puis choisir une incantation technique pratique. Le diagnostic de psychopathie paranoïaque met à disposition un pot-pourri de formulations incongrues avec lesquelles articuler la présence ou l'absence d'un lien de causalité entre la maladie et l'acte. Alors qu'un diagnostic de schizophrénie englobe (et décide) la question juridique de la causalité dans la question de la maladie mentale, la psychopathie paranoïaque fait de la causalité la question clé dans la détermination de la responsabilité et donne aux psychiatres une carte doctrinale blanche pour décider de cette question derrière des formulations voilées » (331).

Il semble que ce dernier diagnostic ait été préféré dans les expertises d'affaires judiciaires incriminant des dissidents ; selon le psychiatre dissident A. Koryagin, 70 % des dissidents sains d'esprit qu'il a examinés avaient été étiquetés comme psychopathes, 30 % comme schizophrènes (392).

2. L'Institut Serbski

a) *Les psychiatres du pouvoir*

À côté de cette base théorique médicale s'imisce une donnée plus directement politique : il importe de remarquer que dans les cas d'internements psychiatriques politiques les psychiatres experts sont systématiquement des spécialistes officiellement désignés, sans que les dissidents puissent demander la désignation d'un médecin de leur choix ou la révocation des experts désignés. Les expertises psychiatriques, particulièrement celles réalisées à l'*Institut Serbski*, ont été souvent, selon un rapport d'*Amnesty International*, « superficielles et inadéquates, même quant à la forme » (387).

Créé en 1921, l'*Institut Serbski* a pour rôle de déterminer le niveau de responsabilité psychique des accusés. « L'*Institut Serbski*, écrit Appelbaum, relevait d'une catégorie à part, avec sa session spéciale de diagnostic, dirigée dans les années 1960 et 1970 par le docteur Danil [Lunz], chargé d'évaluer les criminels politiques. C'est lui en personne qui examina Siniavski, Boukosvki, Gorbanevskaïa, Grigorenko et Viktor Nekipelov, parmi tant d'autres. [...] Certains psychiatres soviétiques émigrés devaient soutenir que [Lunz] et les autres membres de l'institut croyaient sincèrement à la maladie de leurs patients. La plupart des politiques qui le croisèrent, toutefois, ont vu en lui un opportuniste, travaillant pour le compte de ses patrons du M.V.D. [...] » (374). Sous la tutelle du *Ministère de la santé publique*, certains médecins de l'établissement, tels le Pr Lunz et le Dr Morozov, sont également des officiers du K.G.B.

On [ne va pas en hôpital psychiatrique spécial] directement, témoigne le dissident et ex-général de l'Armée rouge Piotr Grigorenko, mais envoyé par le scandaleusement célèbre institut psycho-légal Professeur Serbski, où l'on entre pour observation sur les indications de l'officier instructeur. Le centre relève en théorie du ministère de la Santé, mais j'ai vu plus d'une fois le professeur Lunz, chef du département où je subissais mon "expertise", arriver au travail en uniforme de colonel du K.G.B. Il n'entrait dans les salles, il est vrai, qu'en blouse blanche. J'ai également vu en uniforme du K.G.B. d'autres médecins de cet institut. Je n'ai pu établir quelle était la nature exacte des liens unissant le K.G.B. et le ministère de la Santé (393).

Citons également le portrait du Pr Daniel Romanovitch Lunz (1912-1977) qu'en fait Vladimir K. Boukovsky, amené à le rencontrer lors de son internement à l'*Institut Serbski* en 1966 :

Daniel Romanovitch Lunz aimait s'entretenir un peu avec les malades cultivés, de philosophie, de littérature, surtout si la conversation se déroulait en présence de collègues. Il lui était agréable de faire des étincelles d'érudition [...]. Pour ses jeunes collègues, pareille érudition, confinait au fantastique, lui conférait une autorité péremptoire.

[...] Du fond de son âme [il] méprisait ces "fils de cuisinière" venus prendre la direction de l'État et obsédés d'idées "surévaluées". C'était comme si quelque plaisantin avait soudain ouvert les portes des asiles et laissé des paranoïaques disposer du pays. [...].

Au reste, il ne comprenait que trop bien combien il est dangereux de contredire un paranoïaque, surtout armé. Aussi, fidèle aux meilleures traditions de l'école psychiatrique russe, il "enchaînait" habilement sur ce délire et prenait des dehors si orthodoxes que ses propres parents redoutaient de parler ouvertement avec lui.

Plus on allait, plus les temps changeaient, les têtes chaudes disparaissaient dans le tourbillon des événements [...]. Mais il poussait et continuait de pousser et il se considérait déjà, sans doute, comme absolument invulnérable, quand brusquement, en un éclair, il se trouva au bord de l'abîme. On était en 1953 et l'on s'aperçut qu'il n'était qu'un juif, qu'un rejeton de la tribu pestiférée des ennemis et des saboteurs, lequel convenait, en vertu de l'ordonnance altissime, de transférer au pays des glaces éternelles. Il est clair qu'ensuite jamais il ne put oublier ces quelques mois d'angoisse mortelle où, écarté de son emploi, déshonoré et maudit, il tremblait dans son appartement, attendant les coups inexorables qu'on frapperait à sa porte en pleine nuit.

Le danger s'éloigna ; on le réintégra dans ses fonctions et ses grades. Il lui redevenait même possible d'étaler sans risque ses vastes connaissances philosophiques, mais, jusqu'à la fin de sa vie il serait impuissant à se défaire de je ne sais quel affairement obséquieux, d'un tremblement moite aux mains lorsqu'on le

convoquait *là-haut*. La nature de son travail voulait qu'on le convoquât souvent, sans façon – il était de leur bord ; on soulignait ainsi la confiance, l'estime, et cela procurait même une certaine jouissance secrète, cela stimulait le délire irréprouvable de briller, de deviner à demi-mot et même sans mot du tout, et pour ce qui est d'agir, d'agir comme il fallait ; il n'y avait rien à dire. [...].

Quoi de plus simple : on se choisissait "sa" commission et hop, un coup de tampon sur n'importe quel diagnostic, ce n'était pas sorcier. Et voilà que le commissaire politique de la veille se voyait gratifié du diagnostic d'idiotie congénitale, tandis que le responsable du Parti au passé irréprochable se retrouvait éthylique du troisième degré. On pouvait s'attendre à tous les malheurs. Lunz, lui, était si habile à choisir le diagnostic en fonction des particularités de l'individu, à exhumer des faits minuscules, il mettait une telle psychologie à styler son protégé, qu'une commission internationale pouvait venir voir elle voulait. Comme on le pense, il n'admettait pas la théorie de Snejnevski, pour lequel il n'y avait que des schizophrènes, larvés à la rigueur, c'est-à-dire tels que seul Snejnevski pouvait déceler en eux la schizophrénie. Dans cette théorie, Lunz voyait très justement une menace pour son métier "d'orfèvre". À qui pouvait-il être utile, avec toutes ses ciselures, si n'importe quel individu était schizophrène, pourvu qu'on le fit voir à Snejnevski (340).

b) Expertise et psychiatrie punitive

En quelques minutes, les psychiatres établissent la présence ou non d'un diagnostic psychiatrique, diagnostics bâtis et motivés par la contestation du mode de vie soviétique des sujets expertisés. « C'est être malade, écrivent Koupernik et Gourevitch, fou, psychotique que de ne pas être d'accord avec les théories marxistes-léninistes, mais aussi, très souvent, avec la façon dont le parti les accommode. Les psychiatres soviétiques répressifs englobent volontiers dans les schizophrénies certaines formes de convictions idéologiques, formulées sans nuances, et qui ont été classées par les psychiatres de tous les pays sous le titre général de "rationalisme morbide". Dès lors, la voie est ouverte. Quelqu'un qui a des idées trop claires est un "*inakomyслиachtchi*" (littéralement : quelqu'un qui pense différemment) » (30).

Les sujets ainsi psychiatisés le sont pour des raisons que le rapport d'*Amnesty International* résume comme suit : « expression écrite ou orale, d'opinions critiques sur les pratiques gouvernementales ; plaintes auprès des autorités ; participation à des manifestations pour des objectifs désapprouvés des autorités ; appartenance à des groupes non officiellement reconnus et catalogués comme "antisoviétiques" ou "illégaux" par des fonctionnaires de la sécurité d'État ou autres ; participation à des activités religieuses ; démarches répétées pour obtenir l'autorisation d'émigrer ; tentative d'émigration sans autorisation officielle » (387). C'est ainsi que, poursuit *Amnesty International*, « les diagnostics psychiatriques ont servi de base à la persécution pour motifs politiques. À titre de simple indication, notons le fait que des citoyens soviétiques s'étant associés pour des activités qui sans être illégales encouraient la désapprobation des autorités, plusieurs d'entre eux ont été l'objet d'un diagnostic officiel de maladie mentale et internés, comme s'ils étaient tous tombés malades *en masse* » (387).

C'est ainsi que ces individus "apparemment normaux" peuvent être déclarés atteints de "maladie mentale dangereuse", justifiant un internement en hôpital psychiatrique normal ou spécial : en 1973, *l'Institut Serbski*, défendant les thèses du Pr Snejevski, fait circuler une déclaration largement diffusée en U.R.S.S. et en Occident :

Il y a un petit nombre de personnes dont la maladie, par suite de dérangement mental, de paranoïa et autres symptômes psychopathologiques, peut les amener à accomplir des actes antisociaux tombants dans la catégorie de ceux interdits par la loi tels que : disruption de l'ordre public, dissémination de calomnies, manifestation d'intention agressive, etc. Il est à noter qu'ils peuvent commettre de tels actes à la suite d'une certaine préparation et selon un "plan d'action astucieusement élaboré" comme l'a écrit le fondateur de la psychiatrie légale russe, V. P. Serbski, bien connu pour ses idées progressistes. L'entourage du malade n'a pas l'impression que celui-ci soit manifestement "dément". La plupart de ces sujets souffrent de schizophrénie ou d'un développement pathologique paranoïaque de la personnalité. De tels cas sont connus aussi bien des psychiatres étrangers que des psychiatres soviétiques. [...] La normalité apparente de ces malades, lorsqu'ils commettent des actes socialement dangereux, est utilisée par la propagande antisoviétique pour affirmer calomnieusement qu'ils ne souffrent d'aucun désordre mental (387).

E. Les lieux d'internements

Comme noté plus haut, les dissidents diagnostiqués sont répartis entre deux types d'hôpitaux : les hôpitaux psychiatriques ordinaires et les hôpitaux psychiatriques spéciaux. L'orientation vers l'un ou vers l'autre change énormément le quotidien des opposants ; si les conditions de vie sont extrêmement difficiles dans les hôpitaux ordinaires, elles sont proprement infernales dans les lieux dit spéciaux.

1. Les hôpitaux psychiatriques spéciaux

a) Les hôpitaux du ministère de l'Intérieur

D'après la législation soviétique, les hôpitaux psychiatriques spéciaux ¹⁰¹ (H.P.S.) sont réservés à l'internement de patients "spécialement dangereux". Lieux tenus quasi secrets, on connaît l'existence d'établissements spéciaux à Dnipropetrovsk, Tcherniakovsk, Leningrad, Oryol, Kazan, Sychyovka, Smolensk, Talgar, Tachkent, Kyzl-Orda, Blagoveshchensk, Rybinsk. Les conditions d'internements varient énormément en fonction du lieu ; ainsi témoigne le dissident Piotr Grigorenko, « l'H.P.S. de Leningrad on peut [le] montrer à n'importe qui, même à des touristes étrangers, et les plus naïfs d'entre eux sont bien capables d'éprouver pour lui de l'admiration » (393).

Le premier H.P.S. est créé à Kazan avant la Seconde Guerre mondiale afin d'y enfermer des opposants dangereux pour le régime ; on ne cachait pas alors qu'il s'agissait de prison politique. Le second est construit en 1952 à Leningrad. Comme l'écrit le dissident Grigorenko :

Les candidats aux H.P.S. sont [...] des gens qui ont commis des actes jugés haïssables par les autorités, parmi lesquels au premier chef la critique de l'action des organes de l'État et du parti, mais

¹⁰¹ Lieux tenus quasi-secret, on connaît l'existence d'établissements spéciaux à Dniepropetrovsk, Tcherniakovsk, Leningrad, Oryol, Kazan, Sychyovka, Smolensk, Talgar, Tachkent, Kyzl-Orda, Blagoveshchensk, Rybinsk. Les conditions d'internements varient énormément en fonction du lieu ; ainsi témoigne le dissident Piotr Grigorenko, « l'H.P.S. de Leningrad on peut [le] montrer à n'importe qui, même à des touristes étrangers, et les plus naïfs d'entre eux sont bien capables d'éprouver pour lui de l'admiration ». (Pitor Grigorenko, *Mémoires*, Presses de la Renaissance, 1980, p 444)

Le premier H.P.S. est créé à Kazan avant la seconde guerre mondiale afin d'y enfermer des opposants dangereux pour le régime ; on ne cachait pas alors qu'il s'agissait de prison politique (Piotr Grigorenko, *op. cit* p. 655). Le second fut construit en 1952 à Leningrad. A la mort de Staline ces établissements se vidèrent pour ensuite trouver une nouvelle jeunesse dans la persécution des dissidents politiques.

qui, du strict point de vue de la loi, ne sont pas criminels. Ce sont des hommes pour lesquels on n'a pas trouvé d'article adéquat dans le Code pénal et que l'on ne peut châtier qu'en les envoyant "chez les dingues" (393).

Gérés directement par le ministère de l'Intérieur (M.V.D.), leur fonctionnement et leur organisation ressemblent à s'y méprendre à celles de l'institution pénitentiaire : le personnel de sécurité, armé et en uniforme du ministère de l'Intérieur, surveille l'établissement du haut de miradors, des chiens policiers sont utilisés lors de rondes. L'administratif, mais aussi le personnel médical, est sous l'autorité directe du M.V.D.. Le personnel, témoigne le dissident Victor Feinberg :

est composé de surveillants provenant des troupes du ministère de l'Intérieur, mais revêtus, pour la circonstance, de blouses blanches passées par dessus leurs uniformes ; les infirmiers, également revêtus de blouses blanches, sont recrutés parmi les prisonniers de droit commun (voleurs, bandits, récidivistes de tous acabits) ; enfin parmi les membres du personnel médical, nombreux sont ceux qui, sous la blouse blanche de rigueur, portent des épaulettes d'officier (386).

Pour compléter le tableau de cet "hôpital", écrit le dissident Pliouchtch :

il faut encore dire quelques mots de son organisation... On ne saurait lui donner l'appellation d'hôpital psychiatrique. Il s'agit bien d'un hôpital psychiatrique *spécial*, si l'on en juge par la sévérité du régime en vigueur. D'autre part [...], il s'agit d'une *prison*, close par une palissade – la même que pour la prison normale qui la jouxte – et des rangées de barbelés. Aux quatre coins, des sentinelles armées de mitraillettes. Outre les survivants habituels, ont l'œil sur toi les infirmiers-droit-commun, les infirmières, les médecins. On peut dire que la garde y est encore plus resserrée que dans les prisons normales.

Le régime est strict : lever à six heures, distribution de gros tabac ou de cigarettes, toilettes, où l'on se rend par chambrées entières ou par demi-chambrées, souvent en colonnes. Les toilettes sont le

lieu d'un véritable combat pour accéder au *trou*. [...]. Des bagarres éclatent. Les infirmiers se ruent dans les toilettes, frappent les combattants, chassent tout le monde. On nous conduit aux toilettes six fois par jour, dont trois fois avec droit de fumer [...].

Essaie un peu de refuser à un infirmier ! Plus question d'aller aux toilettes ou de vouloir en griller une en dehors des sorties réglementaires (390).

L'internement en H.P.S. prive le "malade" de nombreux droits qui sont pourtant conservés pour les prisonniers classiques : « Cette situation, peut-on lire dans le rapport d'*Amnesty International*, reflète et perpétue le principal désavantage affectant les internés psychiatriques : la privation de leur statut légal de citoyens rationnels. Ce statut est explicitement accordé aux pensionnaires des institutions de travaux coercitifs : en principe ceux-ci gardent leur droit de citoyens soviétiques, malgré certaines restrictions, et ils ont le droit officiel de protester contre toute violation des lois dont ils seraient les victimes. Les internés des hôpitaux psychiatriques ne sont pas explicitement privés de leur statut de citoyen ni du droit de protester contre leurs violations, mais l'organisation dans la législation de toute garantie spécifique du maintien de ce statut a ouvert la voie à la possibilité concrète de les en priver entièrement » (387). Dans ces établissements, c'est aux médecins de décider l'accès au courrier, les conditions d'enfermement et la date de sortie : « durant tout leur internement, poursuit *Amnesty International*, les dissidents sont virtuellement coupés du monde extérieur et mis "à la disposition" de l'administration et des psychiatres de l'établissement où ils se trouvent » (387).

Les textes législatifs ne sont pas respectés : se réunissant à des intervalles plus qu'aléatoires, les commissions semblent être largement guidées par des motivations d'ordre politique. Leurs conclusions sont soumises à l'autorité centrale de l'*Institut Serbski*, qui tranche la question. Les demandes de libération de dissidents hospitalisés en H.P.S. sont bien souvent refusées par les tribunaux qui ordonnent la poursuite des soins ou le transfert dans un autre hôpital, parfois dans un hôpital conventionnel, dans lequel ils peuvent encore rester des années (387).

b) Maltraitance, torture et violence

Les conditions de vie sont extrêmement rudes pour les internés. Le personnel infirmier est en partie composé de détenus de droit commun qui ne se gênent pas pour molester violemment les malades et opposants. La nourriture est famélique, les traitements abrutissants.

Des prisonniers d'opinion de l'H.P.S. de Sychyovka rapportent que les membres du personnel, parlant entre eux de leur "prise en charge", utilisent le terme de « *koulazine* », néologisme provenant de « *koulak* » (poing) et *aminazine* » (nom russe pour le largactil) (387).

Des punitions sont régulièrement administrées aux patients récalcitrants : des injections de sulfazine plusieurs jours durant entraînant de fortes fièvres et d'insupportables myalgies ; comme le décrit Léonid Pliouchtch, dissident interné à l'H.P.S. de Dnipropetrovsk :

Mais le châtement jugé le plus terrible, c'était le soufre. Après une piqûre de soufre, la température monte jusqu'à 40°, l'emplacement où l'on a fait l'injection devient très douloureux, on ne peut rester allongé ni marcher. On augmente à chaque fois les doses de soufre, puis les médecins la réduisent à nouveau progressivement (390).

Durant mon séjour à la douzième section se produisirent deux accidents. Un détenu se pendit une nuit dans les toilettes. On le sauva par pur hasard. Puis les infirmiers les passèrent à tabac et confisquèrent leurs mouchoirs à tous les pensionnaires. Tout le monde se paya la tête du malheureux qui, en guise d'explication, marmonnait sans trêve :

- Je ne peux plus supporter cette existence.

La seconde fois éclata dans la salle située au-dessous de la nôtre une révolte de droit commun mis en quarantaine. Chez ces derniers règne toujours l'indomptable esprit de révolte qui a vu le jour dans les camps. Les infirmiers avaient battu un jeune garçon. Les voleurs avaient pris sa défense et cogné deux ou trois infirmiers. Réponse à la révolte : piqûres de soufre (390).

La nuit du 31 décembre 1975, un infirmier arrache brutalement le drap qui recouvre un malade : gorge tranchée. On nous chasse tous dans les toilettes. Toute la nuit, les médecins tentent de réanimer le suicidé. Ils le sauvent... Après quoi les infirmiers le passent à tabac (390).

On utilise également les enrroulements des patients avec des draps mouillés qui, en séchant, enchâssent comme dans un étai. D'autres pratiques de tortures sont également retrouvées dans les témoignages¹⁰².

2. Les hôpitaux psychiatriques ordinaires

a) *Les hôpitaux du Ministère de la Santé*

Les hôpitaux psychiatriques ordinaires n'ont pas le caractère secret des H.P.S.. Plus nombreux, ils sont administrés par un personnel civil et par le *Ministère de la Santé*. Même si les conditions sont meilleures qu'en H.P.S., les prisonniers d'opinions reçoivent traitements à haute posologie et sont enfermés au sein des unités de malades violents.

Les séjours sont bien souvent plus courts, oscillant entre quelques jours à une année. Les *politiques* ne sont pas entièrement isolés, et peuvent recevoir visites et colis, même si ces droits sont soumis à décision médicale. Certains de ces hôpitaux sont situés au sein de véritables prisons : Vladimir Guerchouny, ouvrier arrêté pour possession de tracts défendant le cas de Piotr Grigorenko, est diagnostiqué "schizophrène chronique" à *l'Institut Serbski* puis jugé "irresponsable" ; le tribunal le condamne à l'internement dans la "section pour aliénés" de la prison de Boutyrki (391).

Lorsqu'un dissident est désigné irresponsable pour cause de "folie", il s'agit alors de le guérir. Un psychiatre est affecté à son dossier ; les patients ne peuvent en demander un autre. De même, le nom de ce médecin peut être tenu caché au patient et à sa famille (387).

Comme l'écrit Anne Appelbaum, « dans les hôpitaux ordinaires et spéciaux, les médecins avaient le même objectif : obtenir [...] une rétraction. Les patients qui acceptaient de renoncer à leurs convictions, qui admettaient que la maladie mentale les avait conduits à critiquer le système soviétique, pouvaient être déclarés sains et libérés. Ceux qui s'obstinaient étaient des malades à qui l'on pouvait administrer un "traitement" » (374).

¹⁰² On retrouvera certains récits terrifiants à la lecture de Amnesty International, *URSS, les prisonniers d'opinion. Rapport d'Amnesty International*, Amnesty International Publications, Éditions Mazarine, 1980, de Vladimir Boukovsky, *Une nouvelle maladie mentale en URSS : L'opposition*, combats, Éditions du Seuil, 1971 et de Léonid Plioutchtch, *Dans le carnaval de l'Histoire, Mémoires*, Actuels Seuil, Éditions du Seuil, 1977.

b) Rétractation, punition et arsenal thérapeutique

Les psychiatres soviétiques disposent d'un vaste arsenal thérapeutique, qu'ils n'hésitent pas à tester sur les "patients" : halopéridol et aminazine (nom russe pour la chlorpromazine) sont largement utilisés comme neuroleptique. Dans bien des cas, ces molécules sont introduites à l'aveugle, sans surveillance des effets secondaires, à des posologies arbitraires, ne tenant pas compte des antécédents du patient. *Amensty* rapporte des situations où ce sont les infirmiers, sans formation paramédicale de surcroît, qui prescrivent les neuroleptiques, avant tout examen clinique (387).

L'administration massive d'halopéridol et d'aminazine entraîne un fléchissement des capacités cognitives. Le mathématicien ukrainien Leonid Ivanovitch Pliouchtch est interné dans un H.P.S. pour « agitation et propagande anti-soviétiques » de 1973 à 1976. Traité par de fortes doses d'halopéridol, sa femme témoigne du changement de l'état de son mari après trois mois de traitement :

Lorsqu'ils amenèrent Leonid Ivanovitch dans la salle de visite, écrit-elle, il était impossible de le reconnaître. Ses yeux étaient pleins de douleur et de désespoir. Il parlait avec difficulté et de façon entrecoupée, s'appuyant souvent sur le dos de la chaise, en quête d'un appui. L'effort qu'il exerçait sur lui-même afin de se contrôler était évident, car de temps en temps il fermait les yeux, tentant de poursuivre la conversation et de répondre aux questions. Mais sa force intérieure était épuisée, finie (390).

L'insulinothérapie est également utilisée afin d'induire des comas hypoglycémiques réputés efficace contre le délire. Bien qu'abandonnée dans les pays occidentaux car non-efficace et dangereuse, cette méthode est largement répandue en U.R.S.S. ; les psychiatres prescrivent à certains "patients" une trentaine de cures, les plongeant dans l'inconscience plusieurs jours durant. Le dissident Mikhaïl Bernstam, est ainsi soumis à 60 chocs insuliniques (387).

On retrouve également l'utilisation d'injections de soufre, entraînant une fièvre supérieure à 40°C, l'immobilisation au lit par contention plusieurs jours durant et, comme cité plus haut, la répétition d'enveloppements humides. Citons le témoignage de Vladimir Boukovsky, dissident interné à l'H.P.S. de Leningrad durant les années 1960 :

En guise de "traitement des excités", ou plus exactement, de punition, on employait principalement trois "remèdes". Le premier, c'était l'aminazine. Sous son effet, le patient tombait en léthargie, dans une sorte d'hébétude et il cessait d'être conscient de ce qui lui arrivait. Le second c'était la sulfasine, autrement dit du soufre. Cette substance provoque des douleurs extrêmement violentes, des tremblements et des frissons, la température s'élevait jusqu'à 40 ou 41 degrés et persistait deux ou trois jours. Le troisième, c'était l'*enveloppement*. On le considérait comme le plus pénible. À la moindre faute, on emmaillottait le détenu – des pieds jusqu'au aisselles – dans un drap mouillé et torsadé en garrot ou dans des bandes de grosses toiles. En séchant, le tissu se resserrait et provoquait une douleur atroce, une sensation de brûlure dans tout le corps. Il perdait rapidement connaissance, alors les infirmières, chargées de surveiller les opérations, faisaient relâcher légèrement les liens de façon à se laisser revenir à lui et souffler un peu, ensuite on resserrait l'étau. Et ce jeu pouvait se répéter plusieurs fois. [...]

Peu de temps avant notre arrivé, on avait tué là un [fou], en lui brisant la colonne vertébrale. Un autre avait été asphyxié au cours d'un enveloppement. Naturellement, on n'avait pas découvert les coupables. Et on avait "radié" les morts : les fous ont toujours tort... [...].

Dès lors que les piqûres d'aminazine avaient été prescrites, on les faisait ensuite automatiquement, les médecins oubliant souvent d'arrêter le traitement. On faisait tellement de piqûres dans les fesses que l'on ne savait plus où planter l'aiguille des seringues. On m'a emmené un jour au service de physiothérapie [;] j'ai vu tout à coup un spectacle fantastique : une dizaine d'hommes, couchés à plat ventre sur des châlits, exposaient leur postérieur nu au rayonnement des lampes à infra-rouges. On les avait tellement piqués à l'aminazine que les aiguilles ne pouvaient plus transpercer les muscles et qu'il fallait ramollir les chairs, résorber les infiltrats pour reprendre le "traitement" (340).

c) *Rétention et libération*

L'internement forcé n'a pas de durée définie à l'avance : les dissidents sont rendus à la vie civile lorsque leurs états psychiques sont jugés améliorés. D'après le code de procédure pénale de l'U.R.S.S., l'administration hospitalière, s'appuyant sur les conclusions favorables d'une commission médicale, établit une proposition de libération (ou de transfert dans un autre établissement), proposition qui est ensuite examinée par un tribunal. Ces commissions médicales, dans lesquelles peuvent siéger un membre de l'administration judiciaire, doivent théoriquement – en réalité ces délais ne sont que rarement tenus - se réunir tout les six mois afin de statuer sur l'évolution clinique des patients à leur charge et la suite de leur prise en charge (libération, transfert ou poursuite des soins) (387).

Une fois libéré les dissidents font souvent face au vide. « Si certaines familles sont restées intactes et ont fourni le soutien nécessaire pendant la période de réinsertion, de nombreuses familles ont été détruites soit par les circonstances de l'incarcération du membre de la famille, soit par la durée du séjour de la victime à l'hôpital psychiatrique. Des femmes sont parties, des gens sont morts, des amis ont déserté, des emplois se sont évaporés et, souvent, il n'y avait même pas un foyer pour les accepter. Les organismes sociaux étaient hostiles ou indifférents à leur sort. Beaucoup avaient l'impression d'avoir été jetés par-dessus bord d'un navire-prison sans gilet de sauvetage » (394). La menace d'un retour au sein d'une institution psychiatrique plane continuellement au-dessus de la tête des dissidents libérés ; puisque la schizophrénie est déclarée incurable, il peut être décidé facilement de la ré-hospitalisation du sujet s'il venait à être de nouveau gênant, de nouveau "symptomatique". Comme le souligne *Amnesty International*, « le dossier psychiatrique du dissident fournit au pouvoir le plus commode des prétextes pour renouveler son internement pour comportement non conformiste ou en guise de mesure préventive "d'assainissement", par exemple à l'occasion d'événements publics importants ou de festivités publiques » (387).

3. Responsabilités du psychiatre

a) *Les collaborateurs du système*

Quelle est la place des psychiatres dans ce système ? Si certains d'entre eux, particulièrement au sein des commissions d'expertise, font entièrement parti des rouages du système totalitaire, lui apportant une légitimité scientifique, tous ne sont pas des monstres, simples individus dans l'inhumaine machine. Georges Bloche écrit que le psychiatre soviétique ayant un rôle d'expertise « est guidé par une sorte de triple pensée – un état d'esprit complexe de devoir, de conformité et d'hypocrisie – reflétant les valeurs inculquées, une prudence pragmatique et un soupçon intégré » (331).

A la tête de la psychiatrie soviétique, la loyauté politique est la première qualité demandée ; comme l'écrit Sidney Bloch, « l'importance des qualifications politiques – reflétées principalement par l'adhésion au parti – pour atteindre une position élevée parmi les rangs professionnels provient de la période de Staline – la loyauté au parti et à son idéologie, ainsi que la volonté d'obéissance aux directives du parti – sont prioritaire par rapport aux qualifications et à l'expérience » (395). Enchâssés par une double loyauté, ces médecins doivent toujours choisir l'intérêt du parti avant celui de ses patients ; ils sont partis prenante de l'organisation étatique, prix à payer pour l'ascension vers le pouvoir. Comme le souligne Léon Chertok dans ses *Mémoires* :

Je connaissais bien Snejnevski, que l'on présentait comme le grand coupable. [...] Au départ, cela me semblait impensable qu'un type comme lui ait pu se soumettre à un *oukase* du K.G.B. J'ai eu tort. J'avais oublié ce que ça signifie d'avoir été 100 % stalinien, de survivre à Staline, et de réussir à garder son pouvoir. Snejnevski ne se posait sans doute même plus la question de ce qu'il pensait, c'était un 'nageur', attentif seulement à suivre le courant... (329).

Citons un autre passage des mémoires de Léon Chertok qui éclaire les motivations de ces psychiatres ; lors de la préparation du premier congrès international sur l'inconscient organisé à Tbilissi (1979), des voix s'élèvent contre le projet, eue égard aux dérives de la psychiatrie

soviétique. Chertok refuse de reculer, car :

le groupe de Bassine et de Cherozia n'avait rien à voir dans cette histoire, et je ne voulais pas les compromettre, qu' l'on puisse se servir contre eux des relations qu'ils avaient avec moi. En fait, j'ai eu une espèce de chance : normalement j'aurais quand même dû rompre avec les psychiatres, et ils auraient pu se servir de cette "trahison" contre Bassine et le groupe des psychologues. Mais ce sont eux qui ont rompu avec moi ! Chaque année, je recevais une carte de vœux, et tout à coup, en 1975, je n'en n'ai plus reçu. Et Vartanian, un adjoint de Snejnevski, avec qui j'étais très lié [...] a soudain fait semblant de ne plus me connaître. Sans trop m'en douter, je leur avais déclaré la guerre en 1975, en acceptant d'aider Bassine et Cherozia à organiser ce fameux colloque qui s'est finalement tenu à Tbilissi en 1979. Des gens comme Vartanian coupaient les ponts avec tous ceux qu'on pourrait, un jour, leur reprocher d'avoir connus. Pour eux, les psychologues étaient des condamnés en puissance, et j'étais un ami des psychologues... (329)

b) Les psychiatres ordinaires

Concernant la base de la profession, il semble bel et bien que les positions soient plus variées. Les récits des dissidents – nous pensons ici plus spécifiquement aux mémoires de Grigorenko et de Boukovsky – rapportent l'existence de psychiatres, bien que travaillant au sein d'H.P.S., peu dupes de l'inanité de l'enferment pour causes politiques et de ses fondements prétendument scientifiques, adoptant une attitude humaine à leur égard, malgré le peu de pouvoir dont ils disposent. Certains d'entre eux, les cas de Seymon Gluzman, Anatoly Koryagin et de Marina Voikhanskaya, tous les trois psychiatres, étant les plus connus, payeront durement leur honnêteté et leur éthique professionnelle par des peines de prisons, de camps, d'exils ou même de séjours en hôpitaux psychiatriques. Anatoly Koryagin témoigne de la pression exercée par les autorités sur les psychiatres :

Au début des années 1960, alors que je travaillais comme jeune

psychiatre en Sibérie, j'ai personnellement subi les pressions exercées sur les médecins par le KGB, par le procureur et par les fonctionnaires du ministère de l'Intérieur. Les avocats et les fonctionnaires du ministère ont essayé de me faire comprendre à maintes reprises la nature de la maladie psychiatrique dont souffrait telle ou telle personne - et j'étais psychiatre ! Ils m'ont assuré que de donner un examen psychiatrique à une telle personne était une formalité ennuyeuse de leur point de vue. Dans chaque cas, pour ne pas devenir partie prenante des organisations officielles, j'ai dû refuser catégoriquement de porter des jugements individuels et d'exiger que ces personnes " psychiatriques " soient examinées par un panel médical ou par un panel de psychiatres légistes. [...] Beaucoup ont cédé à cette pression [...] et des gens ont été placés dans des hôpitaux psychiatriques sans un examen psychiatrique médico-légal approprié (333).

Le psychiatre ukrainien Seymon Gluzman, bien que ne participant au mouvement des droits civiques, est révolté par les pratiques de certains de ses confrères ; au début des années 1960, il rédige, documents à l'appui, une contre-expertise de Piotr Grigorenko : Gluzman conclut à l'absence de pathologie mentale chez le dissident et déclare l'*Institut Serbski* incompetent. Il fait paraître ses conclusions de manière clandestine, mais est arrêté en mars 1972. Gluzman est condamné à sept ans de camps à régime sévère puis à trois ans d'exil (396).

Marina Voikhanskaya, psychiatre hospitalier à Leningrad, apprend en 1973 que son service accueille des dissidents n'ayant aucun trouble psychiatrique. Elle tente alors de rendre leur hospitalisation moins difficile, en leur rendant visite, leur offrant livres et cigarettes et en s'opposant à l'administration de traitements. Sous pression, la psychiatre est menacée de renvoi par l'administration de l'hôpital tandis que ses confrères prennent leurs distances avec elle. Alors que le K.G.B. commence à s'intéresser à son cas, Voikhanskaya arrive à émigrer en Angleterre (321,396).

Les récits relatent également la présence d'authentiques sadiques, fanatisés, petites troupes des instances politiques. Citons le dissident Piotr Grigorenko lorsqu'il écrit :

je crois certes en l'honnêteté de certains médecins, mais je sais aussi que pour que cette honnêteté se fasse jour, il leur faut aussi

du courage. Aussi dois-je déplorer l'existence d'un système qui oblige à faire fond sur l'honnêteté et le courage des médecins. Et si le médecin à qui l'on fait confiance se trouve malhonnête, ou simplement lâche ? Ce n'est pas un cas exceptionnel. Combien de médecins jugent irresponsables des hommes parfaitement sains d'esprit ? D'ailleurs, cela va dans la logique du système. Si les autorités ont besoin d'aggraver les conditions de détention dans les hôpitaux psychiatriques des prisonniers sains d'esprits, il leur suffit de diminuer les proportions de médecins honnêtes et de les remplacer par des hommes prêts à tout pour l'argent et pour leur carrière. Or, il serait faux de penser qu'il y a moins de personnages de ce type parmi les psychiatres qu'au sein des autres professions. [...] L'honnêteté des médecins, elle est souvent impuissante. Les [H.P.S.] sont truffés d'agents du K.G.B. dont les rapports ont au moins autant d'importance que les conclusions des médecins (393).

Pliouchtch décrit un autre type de praticien : les idiots, les suiveurs :

[Ma psychiatre] n'est pas une sadique, elle est simplement idiote. Elle croit sincèrement qu'un homme qui renonce à une carrière, qui met en danger sa famille et soi-même, qu'un mathématicien qui s'occupe de politique (enfin, la politique est l'affaire des politiciens !). Et c'est du haut de sa morale de la normalité qu'elle mène ses interrogatoires (390).

Les psychiatres sont un corps de métier extrêmement dépendant des décisions politiques ; comme l'écrit Van Voren, « les psychiatres soviétiques avaient peu de chances d'échapper au contrôle omniprésent du Parti communiste et de ses organes parce qu'ils étaient en réalité trois fois dépendants de l'Etat soviétique, scientifiquement, politiquement et économiquement dépendants. Ils étaient scientifiquement dépendants parce que leur possibilité de travailler dans le domaine de leur science et de faire de la recherche dépendait de leur allégeance aux autorités soviétiques ; ils étaient politiquement dépendants et devaient organiser leur vie professionnelle et leur interaction avec les autorités de manière à ne pas perdre leur soutien ; et ils étaient économiquement dépendants, car la pratique privée n'existait pas, ils étaient tous employés par

l'État » (333).

La centralisation du pouvoir psychiatrique est un autre frein à la liberté de pratique ; le système hiérarchique de la psychiatrie soviétique, bien qu'informelle, hiérarchise les différents établissements. Ainsi, l'échelon le plus élevé est le niveau des instituts de recherche, suivi des facultés de psychiatrie, les hôpitaux de Moscou et de Leningrad, puis les hôpitaux régionaux. Les centres ambulatoires régionaux et les cabinets psycho-neurologiques viennent clore le classement. Un médecin psychiatre travaillant dans une structure « inférieure » ne peut pas changer le diagnostic d'un malade posé par un confrère d'une institution plus prestigieuse : « c'était généralement considéré comme une " attaque " contre l'institution qui se trouvait plus haut dans l'échelle hiérarchique » (333).

Les victimes de cette dérive sont nombreux : selon les estimations de F. V. Kondratiev, médecin associé de l'*Institut Serbski*, entre 1961 et 1996, ce sont 309 personnes qui ont été envoyés au quatrième département de l'*Institut* – le département « politique » - pour subir un examen psychiatrique dans les suites d'une accusation d'agitation ou de propagande antisoviétiques (333). Toutefois, le nombre de cas ne se limite pas à l'institut moscovite. En 1977, Peter Reddaway et Sidney Bloch (397) avancent le nombre de 365 cas de psychiatisation politique ; en 1983, *Amnesty International* dénonce 305 cas d'internement abusifs pour cause politique entre 1969 et 1983 (331) : 120 cas entre 1969-1975, 100 cas entre 1975-1979, 85 cas entre 1979-1983. Dans l'édition de 1984 de leur ouvrage, Peter Reddaway et Sidney Bloch augmentent le nombre de dissidents internés à plus de 500 (398). Cependant, il est possible que le nombre total peut avoir été plus élevé ; en 1981 un haut fonctionnaire annonce à la tribune du 7^{ème} *Congrès des Psychiatres et Neuropathologistes de l'Union* que 1,2 % des admissions dans une des institution psychiatrique de Moscou étaient « liées à des visites à des agences publiques pour présenter des plaintes sans fondements et des déclarations calomnieuses » (331). À partir de ces chiffres, certains auteurs avancent le chiffre de 6 000 personnes internés au niveau national pour faits de dissidence (331).

F. Quelques cas de psychiatisation politique en U.R.S.S.

1. Vladimir Konstantinovitch Boukovsky, le contestataire

a) Parcours d'un dissident

Vladimir K. Boukovsky (1942-) naît en Oural, dans la ville de Bélébeï, d'un père écrivain et d'une mère journaliste. Très jeune, il rejette le système communiste, milite pour l'application des droits de l'homme en U.R.S.S. et pour la démocratie. Boukovsky fait partie des jeunes intellectuels, "le groupe du Phare", qui se réunissent à Moscou, place Maïakovski, pour discuter ouvertement de politique et réciter des vers.



Figure 52 : Vladimir Konstantinovitch Boukovsky (1942-)

En 1963, le K.G.B. arrête les chefs du mouvement et Vladimir Boukovsky, alors âgé de 19 ans, est incarcéré. S'en suit un emprisonnement de douze ans, entrecoupés de courts interludes de liberté. Ni la prison ni les camps ne brisent Boukovsky qui poursuit son combat pour les droits de l'homme.

Suite à l'échec de la méthode répressive, les autorités décident de faire passer Boukovsky devant des médecins psychiatres. Le dissident rapporte dans ses mémoires avoir pris la nouvelle avec réjouissance, évitant ainsi les camps (340).

Interné à la quatrième section de l'*Institut Serbski*, il rapporte n'avoir vu son médecin que deux fois avant de passer devant une commission qui le questionne sur son comportement antisocial.

Pourquoi est-ce que je me trouvais en conflit avec la société, avec les règles de conduite en usage chez nous, pourquoi mes convictions me paraissent-elles plus importantes que tout, plus importantes que la liberté, que les études, que la tranquillité de ma mère ? [...] Ce n'était pas si facile de répondre à ces questions. Si je disais, à propos de mon conflit avec la société, que c'est cette dernière qui avait tort, il en résultait que tous les gens qui m'entouraient étaient dans l'erreur et que j'étais le seul à avoir raison. Et il était clair alors que j'étais fou. Et que dire de mes convictions ? L'un des nôtres a cité l'exemple de Lénine qui était en conflit, lui aussi, avec la société et qui avait été assigné à résidence, en raison de ses convictions. Mais pour le psychiatre, ce n'était pas une explication et tout ce que l'on pouvait attendre après une telle réponse, c'était qu'il inscrive dans le dossier médical : "Souffre de mégalomanie, se compare à Lénine". On avait beau faire, toute réponse sincère, normale, ne faisait qu'apporter une preuve de votre maladie. Et si l'on venait à parler des agissements du K.G.B., on était inévitablement considéré comme atteint de la maladie de la persécution. Et même quand on m'a demandé, à la fin, si je me considérais comme malade, ma dénégation ne prouvait rien, elle non plus : quel est le fou qui se considère comme tel ? (340)

Le diagnostic tombe : évolution psychopathique de la personnalité et schizophrénie latente. Être pris pour fou ne dérange initialement pas le dissident ; il déchanté rapidement. De retour à la prison de Léfortovo, Boukovsky apprend que ni lui ni ses compagnons « *politicopathes* », selon sa formule, ne passeront devant un tribunal : ils seront jugés *in absentia*. Pour Boukovsky c'est un drame, lui qui souhaite utiliser son procès, non comme une défense, mais comme une tribune d'accusation contre le gouvernement (340).

Bien que formellement, d'après la loi, notre procès eût dû se dérouler normalement, dans toutes ses phases (interrogatoire, témoignages, examen des preuves) en fait, la procédure n'avait pas pris plus d'une heure. On a lu l'acte d'accusation, puis la conclusion des experts et on a prononcé un arrêt aux termes duquel nous devions être soumis à un traitement forcé, de durée

illimitée. Je n'ai appris cela que plus tard, par ma mère, quand on l'a laissé venir à la visite [...]. Ainsi, officiellement, j'étais déjà considéré comme un malade irresponsable de mes actes [...] (340).

b) Psychiatisation de la dissidence et combat d'école

Quelques mois après son "procès", Boukovsky est transféré à l'hôpital psychiatrique spécial de Leningrad. Dès l'arrivée les actes de maltraitances débutent ; les nouveaux arrivants sont intégralement tondu (cheveux, barbes, moustaches, pubis, aisselles, etc..), le tout avec la même tondeuse, puis placés dans des cellules délabrées. Les récalcitrants sont tabassés par les garçons d'étages, prisonniers de droits communs qui purgent leur peines comme aides dans les hôpitaux psychiatriques (340).

Boukovsky est placé dans une cellule en compagnie de deux patients délirants. Les politiques ne sont pas les seuls à subir le courroux du personnel : les véritables patients sont également régulièrement passés à tabac.

On [battait mon compagnon de cellule] chaque jour, sans pitié : les surveillants étaient las d'entendre ses cris. La porte s'ouvrait et six garçons d'étage se jetaient sur lui comme des chiens. Le premier jour j'ai essayé de m'interposer, mais j'ai reçu une telle torgnole sur l'oreille que j'ai été projeté sous le lit. [...] Conformément au règlement en vigueur ici, les infirmières consignaient chaque jour leurs observations dans un cahier spécial. Pour expliquer les bleus, les écorchures et autres traces de coups, elles inscrivaient que le malade s'était "excité" lui-même et s'était jeté sur les garçons d'étage. Le lendemain, le médecin, en voyant cette note dans le cahier, prescrivait au malade des piqûres de sulfasine et d'alimemazine. Et c'est ainsi qu'en plus de tout le reste, on piquait mon voisin impitoyablement ! Il essayait de s'y opposer et on le battait de nouveau. C'était un cercle vicieux. Ni les coups ni les piqûres ne pouvaient naturellement le changer et il continuait à crier ses sempiternels slogans, mais sa voix se faisait de jour en jour plus faible, comme s'il s'éteignait (340).

Vladimir Boukovsky comprend très vite le fonctionnement arbitraire de l'hôpital : il s'agit de rapidement se fondre dans la masse, au risque d'être plongé au cœur d'une spirale de violence toujours croissante :

En fait, dans un hôpital psychiatrique, c'est le petit personnel qui est le maître : garçons d'étage, infirmières, surveillants. C'est une sorte de clan et, si l'on ne s'entend pas avec eux, ils vous tourmentent jusqu'à ce que mort s'ensuive. Les médecins ne se mêlent jamais de ces affaires et s'en remettent totalement aux rapports des infirmières. Les deux premiers mois que l'on passe dans un hôpital psychiatrique sont décisifs. On se fait alors une réputation qu'il est difficile de modifier plus tard. Les infirmières, trop paresseuses pour observer les malades, notent ensuite d'un jour à l'autre à peu près la même chose, se contentant de recopier leurs remarques antérieures. Il faut donc savoir les convaincre, dès le début, que l'on est sain d'esprit, il faut s'entendre avec tous. Si l'on y parvient, tout est plus aisé (340).

La satisfaction des débuts fait place à la réalisation de l'horreur du procédé ; les politiques – 10 % des effectifs de l'hôpital selon l'estimation de Boukovsky (340) - constatent que l'hôpital psychiatrique de Leningrad est une véritable prison gardée par des militaires dont les conditions sont aggravées par la médicalisation du comportement : toute plainte, tout comportement rebelle est une preuve supplémentaire du caractère pathologique du sujet.

Pour ne pas sombrer dans le désespoir, les politiques restent entre eux et, bien souvent, maltraitent parfois les malades :

L'homme sain qui tombe dans un tel endroit essaie de se dissocier des malades mentaux, de se distinguer, de convaincre son entourage, et aussi lui-même, qui lui, il est différent. Dans tous les services se forme ainsi un petit groupe de bien-portants, une sorte de club de gens normaux au milieu des marais de la folie. Habituellement, leurs rapports avec leurs voisins fous sont marqués [par la] haine [...] et, pour affirmer leur supériorité, ils traitent souvent les malades plus cruellement que les infirmiers

ne le font. Peut-être cela les aide-t-il à ne pas devenir fous ou peut-être a-t-il tout simplement besoin de croire qu'il n'est pas le dernier des derniers (340).

Vladimir Boukovsky est rapidement transféré dans le 10^e service de l'hôpital, réputé plus calme et moins violent ; ici, pas de passage à tabac, pas d'enfermement dans les chambres. Le chef de l'unité, le psychiatre et lieutenant-colonel Léonide Alexeïévitch Kalinine, « vieillard de près de quatre-vingts ans » s'implique directement dans les prises en charge et s'oppose aux violences envers ses malades. Le dissident n'est pas soumis, contrairement à d'autres de ses amis, à un traitement pharmacologique (340).

Léonide Alexeïévitch Kalinine était un personnage légendaire. Il ne reconnaissait pas du tout l'École psychiatrique de Moscou et il faisait de tous les schizophrènes qu'on lui envoyait des psychopathes, des alcooliques ou des "paludéens".

« Dites-moi, vous n'auriez pas été piqué par des moustiques ? » demandait-il d'une voix sénile et insinuante à un quelconque sexagénaire.

Celui-ci, après s'être gratté la nuque, était bien obligé d'avouer que cela avait dû arriver. Et cet aveu lui suffisait pour diagnostiquer chez le patient les séquelles du paludisme.

« Vous buvez de la vodka ? demandait-il d'un air suave à un robuste assassin. [...]

La dénégation paraissait absurde et invraisemblable, et c'est ainsi qu'ils se retrouvaient tous transformés, par les soins du bon docteur, en alcooliques.

N'ayant que trop entendu parler de ses lubies, je lui ai déclaré, dès notre premier entretien, en le regardant effrontément dans les yeux que je n'avais jamais vu un moustique de ma vie, étant donné qu'il n'y en a pas dans la capitale de notre pays. Quand à l'alcool, bien entendu, je n'en consommait pas. [...].

Il sentait que je lui échappais irrémédiablement. Mais je fus implacable. [...]. Il m'observa pendant un mois environ, mais j'étais déjà assez averti ; j'entretenais les relations les plus amicales avec les infirmières et les garçons d'étage, je jouais aux échecs le soir, avec l'infirmier, je faisais des grâces à l'infirmière-

major et j'offrais des cigarettes à tous les surveillants. Les appréciations sur moi, qui figuraient dans le cahier des observations, devaient ressembler plutôt à une recommandation d'admission au Parti qu'à un rapport sur la conduite d'un malade mental, car, au bout d'un mois, il me convoqua de nouveau :
« Il me semble qu'on vous a envoyé chez nous par erreur. Je ne vous trouve aucune maladie » (340).

Kalinine, par son appartenance à la psychiatrie de Leningrad, est réticent aux poussées théoriques de celles de Moscou, Snejnevski en tête. Il souhaite renvoyer Boukovsky à Moscou pour mettre les psychiatres de l'*Institut Serbski* devant l'aberration de leurs théories.

J'avais tort de me réjouir, car ce vieil âne, ne me trouvant pas de maladie, s'imagina que j'étais un simulateur. Il m'adressa, le plus sérieusement du monde, à l'administration, en la priant de me renvoyer à l'instruction, chez nos artistes qui n'étaient pas arrivés à brosser leur tableau...[...].

Quant à moi, je risquais de m'éterniser entre Moscou et Leningrad. La lutte entre les écoles de psychiatre des deux capitales atteignait alors son paroxysme. Leningrad ne reconnaissait ni l'autorité de Snejnevski ni sa schizophrénie larvée. Et, comme par fait exprès, l'*Institut Serbski* avait posé deux diagnostics sur mon cas : évolution psychopathique de la personnalité et schizophrénie larvée. J'étais devenu, bien malgré moi, l'objet de leur querelle scientifique et, tant que celle-ci durerait, je devais rester enfermé. [...].

Vers les années 1970, Snejnevski avait pratiquement assujéti toute la psychiatrie soviétique. Mais en 1964, on le considérait, à Leningrad comme un simple charlatan, et tous ses "schizophrènes", lorsqu'ils arrivaient de Moscou, étaient instantanément guéris ! (340)

De manière classique, comme le rapporte Boukovsky, un politique reste hospitalisé en moyenne deux à trois ans, à condition de renier intégralement ses idées subversives et de faire preuve d'une soumission totale envers l'institution. C'est à ces seules conditions que le patient peut voir son dossier évalué par une commission spéciale venant de Moscou deux fois l'an et qui peut

juger de la possible sortie (340).

On lui montrait tous les malades, mais elle ne pouvait donner l'*exeat* qu'à ceux que lui proposait l'hôpital. Il arrivait, d'ailleurs, qu'elle ne tienne aucun compte de ces recommandations. Pour libérer un détenu, les médecins exigeaient qu'il reconnaisse le bien-fondé du diagnostic et qu'il condamne ses propres actes. Cela s'appelait la *critique* (l'attitude du malade envers ses manifestations morbides) et servait de preuve de guérison.

Au fond, nous vivions principalement dans l'attente de la Commission centrale. Elle venait de Moscou à peu près tous les huit mois et nos espoirs reposaient sur elle. [...].

Notre commission était vraiment anecdotique. Elle travaillait seulement deux ou trois jours et, durant ce temps, elle devait examiner un millier de malades, consacrant à chacun une minute et demie, deux minutes tout au plus. Elle nous posait des questions stéréotypées : « Quelle attitude avez-vous envers votre maladie et envers votre *affaire* ? (C'est-à-dire : faites-vous la *critique* ?) et : « Qu'avez-vous l'intention de faire après votre libération ? » Il lui était impossible, dans ces conditions, de connaître exactement l'état d'un patient et elle donnait l'*exeat* tout simplement à ceux que l'hôpital avait recommandés.

Une écrasante majorité de *polimentaux* et autres *politicopathes* faisaient de cette fameuse critique avec empressement. Il était absurde de s'obstiner [...] Et puis, devant qui pouvions-nous défendre des principes ? Devant les psychiatres ? On n'y gagnait que des piqûres de sulfasine ? Et, au bout de quelques années, on expédiait les plus obstinés à Sytchevka, en tant que malade chronique, incurables. Et personne, à l'époque, n'en était jamais sorti vivant (340).

La situation de Boukovsky pose problème à la commission, placée entre deux feux ; d'un côté l'expertise moscovite qui établissait un diagnostic psychique important, de l'autre, Kalinine qui fait de Boukovsky un simple simulateur voulant échapper aux camps.

M'ayant déclaré simulateur, Kalinine exigeait que l'affaire fût renvoyée à l'instruction. Le K.G.B. prit la frousse et, à la commission, il se créa une situation absolument inepte. Les membres de la commission démontraient que j'étais déjà malade auparavant ; quant à Kalinine, c'est tout juste s'il ne les accusait pas de soustraire un criminel au juste châtiment. Et plus normalement je me comportais, plus je donnais à la commission de preuves de ma "maladie". Faire critique, me repentir n'eussent fait au contraire que renforcer les positions de Kalinine. Il perdit la partie et je fus porté sortant avec le diagnostic de "psychopathie de type paranoïaque au stade compensatoire". [...].

On peut aisément s'imaginer le désappointement et la rancœur de Kalinine quand il se vit impuissant à me "démasquer". De toute évidence, il considérait sérieusement la conduite de ses collègues comme un complot contre le pouvoir ; porté par la force d'inertie, il vivait encore en ces temps où les maisons de fous permettaient de sauver les détenus politiques de la balle dans la nuque ou du camp d'extermination, et où le devoir d'un patriote était de faire tomber les masques. Plus tard, des amis psychiatres me racontèrent que, dans les années 30, Kalinine était un délateur notoire ; mais voilà, il n'avait pas senti tourner le vent, il n'avait pas saisi les objectifs de la psychiatrie au stade avancé de la construction du communisme... et bientôt on l'avait expédié à la retraite (340).

Le 26 février 1965, Boukovsky sort de l'hôpital, confié à sa mère, en tant que « paranoïaque ayant achevé sa cure » (340). L'expérience n'arrête pas la détermination de Boukovsky ; dès sa sortie il reprend ses activités en faveur de la défense des droits de l'homme.

c) *"Rechute" et victoire de Snejnevski*

En septembre 1965, deux écrivains soviétiques, A. Siniavsky et I. Daniel, sont arrêtés par le K.G.B. ; en novembre, un texte de protestation, l'*Appel civique*, commence à être diffusé à Moscou et un rassemblement public de soutien le 5 décembre place Pouchkine s'organise, première manifestation libre dans le pays depuis 1927. Boukovsky fait partie des meneurs (340).

Le 2 décembre, trois jours avant la manifestation, Boukovsky est arrêté par des agents du K.G.B. Ils retrouvent en sa possession un exemplaire de *l'Appel*. Amené au poste de police, Boukovsky rencontre dans la salle de garde de la police un psychiatre.

Au bout de vingt minutes, on me convoque au bureau. Derrière la table, une femme en manteau. Devant elle des papiers quelconques et mon exemplaire de *l'Appel*.

« Bonjour. Asseyez-vous. Comment vous sentez-vous ? »

Ah ! compris : une psychiatre. D'emblée on peut le déterminer au sourire : seuls les psychiatres sourient avec cette condescendance compréhensive. [...].

Comme si je venais de siffler un verre de vodka, je vis fondre sur moi l'asile de Leningrad avec sa foule de déments en haillons. [...].

Tout ce que je vais dire à présent, chacun de mes gestes, elle va tout déformer et l'inscrire dans le dossier médical. Et c'est irréparable. Disputer avec un psychiatre, peine perdue. Ils n'écourent jamais *ce que* vous dites. Ils écoutent *comment* vous le dites. Inutile de s'emporter, il y aura la mention : "Excité, maladivement fixé sur les thèmes revêtant pour lui une tonalité émotionnelle. » Vous ne couperez pas à l'aminazine. Si vous êtes trop abattu, renfrogné, elle inscrira : dépression. Il ne faut pas être enjoué non plus : « réaction inadéquate ». L'indifférence, c'est le comble ; elle inscrira « tassement de l'émotivité », « langueur », symptômes de schizophrénie.

Ne pas paraître méfiant, soupçonneux, dissimulé. Ne pas raisonner d'une manière trop assurée, trop tranchante (« surévaluation de la personnalité »). Et surtout, ne pas traîner, répondre vite, le plus naturellement possible. Tout ce qu'elle va écrire maintenant, vous aurez beau faire, vous ne pourrez le réfuter ensuite. Elle est la première à me voir ; c'est elle qu'on croira. Priorité en psychiatrie à celui qui voit le malade en premier. [...].

« Nous vous hospitalisons sur la décision du psychiatre en chef de la ville de Moscou.

- Mais pour quelle raison, fais-je, avec une stupéfaction tout à fait

naturelle [...] ?

- Et ça, qu'est-ce que c'est ? » dit-elle, en montrant mon maudit tract.

Et son regard a repris une note de supériorité. C'est que je vous connais vous autres, les dingues. Il court à travers la ville avec des tracts dans la poche et il s'étonne encore de s'être fait embarquer. Un homme normal ne s'occupe pas de cela. Et là, inutile de protester. C'est même dangereux. Un psychiatre doit toujours avoir raison (340).

Boukovsky est ensuite transféré à l'hôpital municipal n°13 de Lublino. Dans cet hôpital conventionnel, les conditions d'internement lui paraissent beaucoup plus souples qu'à l'H.P.S. de Leningrad.

Dès le premier entretien avec mon médecin, le docteur Arkous, j'acquis la certitude que non seulement il n'entreprendrait pas de me « soigner », mais qu'il me considérait comme parfaitement sain d'esprit et qu'il s'efforcera de tout faire ce qui était en son pouvoir pour me rendre la liberté. Mais c'était loin d'être simple. [...]. Il faut l'accord du médecin-chef, sinon celui de toute la commission. Et ce n'est pas encore tout : ils ne pouvaient que communiquer leur avis au psychiatre en chef de Moscou et lui seul pouvait prendre la décision définitive. Quant aux intentions des autorités, nul ne les connaissait ; on leur prêtait seulement le dessin de me faire retourner à Leningrad en tant que malade « insuffisamment traité » et « prématurément rayé des contrôles » (340).

Le 5 décembre, la manifestation se tient malgré tout sur la place Pouchkine ; avant d'être arrêtés, les deux cents manifestant scandent leur soutien aux écrivains, mais également à Boukovsky (340).

Du côté de Lublin, la situation ne s'arrange pas. Devant le refus des psychiatres à reconnaître chez Vladimir Boukovsky des manifestations d'une quelconque pathologie psychiatrique, les autorités décident de changer de stratégie. Le nom de Boukovsky ayant fuité dans la presse

internationale, il est transféré en janvier 1966 dans un nouvel établissement, l'hôpital n°5, dans le village de Troïtskoïe, à soixante-dix kilomètres de Moscou, zone inaccessible aux étrangers (340).

Là encore, le psychiatre qui s'occupe de Boukovsky se refuse à établir le caractère pathologique de son patient. Devant ce nouveau refus, le dissident est transféré mi-février à Moscou, à *l'Institut Serbski*.

Mais désormais, même *l'Institut Serbski* ne pouvait plus rien faire : deux hôpitaux coup sur coup, m'avaient reconnu sain d'esprit. [...] *L'Institut Serbski* préféra « se réserver ». Il y avait dans mon affaire une complication juridique qu'ils mirent à profit. Formellement, je n'étais pas en état d'arrestation, ni inculpé, ni même suspect ; on n'avait point engagé de procédure criminelle à mon encontre. Pour cette raison, d'un point de vue juridique, *l'Institut de psychiatrie judiciaire* ne pouvait pas me soumettre à l'expertise. [...]. C'est ainsi que, sans refuser formellement son expertise, *l'Institut Serbski* demanda simplement au K.G.B. les éléments d'accusation qui pesaient sur moi, afin d'étudier et de trancher la question de savoir si j'étais responsable de mes actes. Mais, au K.G.B., ils avaient beau se démener, ils n'avaient rien à présenter. [...] Ils avaient trop compté sur leur toute-puissance et mon évidente aliénation (340).

Malgré ce blocage administratif, Boukovsky reste interné de longs mois à *l'Institut Serbski*. Il rencontre à de nombreuses reprises le Pr Lunz, qui bien que ne s'occupant pas directement du dossier, s'intéresse à la situation de Boukovsky.

Pourquoi gaspille-t-il son temps avec moi ? Car il le dit lui-même, il n'a pas été désigné expert : je n'ai pas d'affaire judiciaire sur le dos. Par ennui alors ? Extérieurement, avec ses épaisses lunettes bombées et sa bouche d'une largeur démesurée, il faisait penser à un gros crapaud, surtout lorsque, à la fin de nos entretiens philosophiques, d'un ton pensif il coassait :

« On aimerait savoir ce que vous allez devenir maintenant » [...]. Mais au fond de lui-même, il pensait sûrement : « Comment peuvent-ils compter se débrouiller sans moi ? Peut-être me

feront-ils encore signe ? » (340)

À cette période, D. R. Lunz est encore un opposant aux théories de Snejevski. Durant ses entretiens avec Boukovsky il se livre volontiers :

Vos amis de l'étranger perdent leur temps à faire du tapage autour de nos diagnostics. Dans le cas de développement paranoïde de la personnalité, le traitement ne s'impose pas en toute rigueur. Mais à quoi allez-vous aboutir ? Plus il y aura de protestation, plus vite on fera tout passer dans les mains de Snejevski : c'est une sommité mondiale, il est reconnu à l'étranger. Mais la schizophrénie reste la schizophrénie. Elle requiert un traitement et un traitement très énergique. Nous essayons de combattre l'influence de l'école de Snejevski et vous nous mettez des bâtons dans les roues (340).

Au printemps 1966, une commission "neutre" est désignée par le Comité central afin de résoudre la situation plongée dans l'impasse ; la commission est composée de quatre professeurs, dont deux disciples de Snejevski, Morozov et Rotchtein. Le Pr Lunz, bien que ne faisant pas partie de la commission, participe aux séances et donne son avis. Placé au cœur d'un débat théorique qui dépasse son cas personnel, Boukovsky est rapidement examiné.

Les conclusions de la commission entérinent le blocage : les deux partisans de Snejevski indiquent diagnostiquer une "schizophrénie latente, les deux autres s'y refusent (340).

C'était à nouveau l'incertitude totale pour l'avenir. Lunz se reprenait à me considérer avec curiosité. Qu'allais-je donc devenir à présent ? Je restai ainsi enfermé jusqu'à l'été.

Je ne sais réellement pas comment tout cela aurait pu se terminer. Je serais peut-être encore sous les verrous de *l'Institut Serbski* à l'heure qu'il est. Le plus probable évidemment, c'est qu'ils auraient envoyé une nouvelle commission, composée entièrement cette fois de partisans de la "schizophrénie larvée" et dans ce cas-là, ce qui resterait de moi se trouverait quelque part à Leningrad ou, plus loin des regards, dans l'un des hôpitaux spéciaux, ouverts entre-temps en province. Mais l'affaire avait réussi à trouver un écho par trop large (340).

Par l'intermédiaire d'un juriste britannique, M. Ellman, la situation de Vladimir Boukovsky évolue ; arrivant à Moscou avec un mandat d'*Amnesty International*, M. Ellamn rencontre Morozov, le directeur de l'*Institut Serbski*, et demande à rencontrer Boukovsky. Morozov déclare alors que Boukovsky, schizophrène sévère, a vu son état clinique grandement amélioré par la prise en charge et que sa sortie est imminente (340).

Voilà avec quelle soudaineté prirent fin huit mois de dispute savante sur mon état psychologique. Ni attestation, ni explications, ni excuses. Permettez ! Qui vous tenait enfermé ? Vous avez eu la berlue, voilà tout ! (340)

Ces nouvelles épreuves ne brisent pas la détermination de Boukovsky qui, une fois en liberté, poursuit ses actions. Il ne reste que six mois en liberté.

En janvier 1967 le dissident est de nouveau arrêté en compagnie de ses camarades pour l'organisation d'une nouvelle manifestation. L'entêtement de Boukovsky et le caractère légaliste – les manifestations sont théoriquement autorisées par le droit soviétique - de ses méthodes de protestation mettent le gouvernement dans l'embarras. Avant le procès qui doit se tenir en août, le K.G.B., par l'intermédiaire des avocats de la défense, propose une requête pour que les inculpés soient soumis à une expertise psychiatrique. Boukovsky refuse, il veut un procès et obtient « satisfaction » : il est condamné à 3 ans de camps (340).

Dès sa sortie, il reprend contact avec les autres dissidents russes. Cette liberté retrouvée coïncide avec la victoire des théories de Snejnevski :

Il y avait [...] du neuf. Vers la fin des années 60, l'école de Snejnevski prit solidement en main les leviers de commande de la psychiatrie. La théorie de la "schizophrénie larvée" – cette maladie mystique, qui ne s'accompagne d'aucun symptôme, n'affaiblit nullement l'intellect, ne modifie pas le comportement extérieur – était désormais universellement admise, ayant force de loi.

On commença à soumettre presque tous les patients au supplice de l'halopéridol administré à des doses de cheval. [...] Les théories de Snejnevski n'arrangeaient que trop bien les autorités. Et en 1970, Lunz lui-même établissait à tour de bras des diagnostics de "schizophrénie larvée" (340).

d) *Alerter l'Occident*

La répression exercée envers les dissidents s'aggrave au tournant des années 1970. Psychiatriser les dissidents c'est, pour les autorités, éviter autant de procès qui commencent à faire du bruit et à attirer le regard de l'Occident.

Les autorités pouvaient de cette manière s'éviter des procès qui trahissaient leur jeu : les aliénés sont jugés par contumace, à huis clos, et en pratique l'affaire n'est pas jugée sur le fond. Quant à la lutte pour la remise en liberté des personnes déclarées irresponsables, elle devenait presque impossible. [...]. Et les autorités, devant toutes les questions et requêtes, disaient leur affliction impuissante :

« C'est un malade. Que pouvons-nous y faire ? Adressez-vous aux médecins. » [...].

Les avantages de la méthode psychiatrique en matière de poursuite judiciaire étaient à ce point évidents, que l'on ne pouvait espérer contraindre les autorités à y renoncer simplement par des pétitions ou des protestations. Il fallait s'attendre à une lutte longue et acharnée, et, bien entendu, à la prison en guise de récompense (340).

La priorité, pour Boukovsky, est de faire connaître la dérive en Occident, seul à même de pouvoir effectuer une pression suffisante sur le gouvernement soviétique. Pour ce faire il donne deux interviews, une première à Holger Junsen, correspondant de l'*Associated Press*, et une seconde, filmée par Bill Cowl, correspondant de la C.B.S. à Moscou (340).

Puisque l'argument principal des autorités soviétiques se résume au caractère technique du diagnostic, Boukovsky et ses compagnons souhaitent réunir des témoignages de psychiatres honnêtes pouvant démontrer ces assertions. Autre objectif, récupérer le maximum de données sur les internements : expertises, photographie, témoignages sont ainsi méthodiquement collectés par les dissidents.

Si, en privé, nombre de psychiatres apportent leur soutien aux dissidents, reconnaissant le caractère strictement politique des internements, la plupart rechignent à dévoiler un positionnement qui marquerait la fin de leur carrière et, probablement, les camps.

Boukovsky tente sa dernière carte, la mobilisation des psychiatres occidentaux. En prévision

du *Congrès mondial de Psychiatrie* prévu à Mexico en 1971, il envoie la documentation à certains psychiatres d'Occident qui se chargeront de la diffusion.

Dans mon adresse aux psychiatres occidentaux, je m'efforçai d'être d'une extrême retenue. Je ne voulais exiger de quiconque un geste politique ni entraîner personne dans la politique : je demandais seulement l'aide des professionnels, l'avis de spécialistes. Limitant délibérément ma question [à] six dossiers¹⁰³, je demandais : les rapports d'expertises indiqués contiennent-ils en eux-mêmes des données suffisantes, scientifiquement fondées, pour conclure non seulement à l'existence des maladies psychiques mentionnées dans les rapports, mais encore à la nécessité de tenir ces personnes strictement isolées de la société ? (340)

Boukovsky est étroitement surveillé par le K.G.B. et les entretiens donnés par le dissident commencent à faire du bruit en Occident. En mars 1971, quelques jours avant la tenue du *Congrès du Parti*, Boukovsky est une nouvelle fois arrêté.

L'instruction n'avance pas ; n'ayant rien fait d'illégal, il est décidé d'envoyer Boukovsky à l'*Institut Serbski* afin de l'irresponsabiliser ; cette fois-ci le Pr Lunz est désigné pour l'expertise.

« Comment, c'est vous ? Vous revoilà chez nous ? Et moi qui pensais que nous ne vous retrouverions plus ! » coassait Lunz d'un ton bonhomme, ouvrant sa large bouche. Mais derrière cette bonhomie se cachait une question : la raison de ce conflit perpétuel avec la société.

« À votre âge, voyez-vous, il serait temps de devenir raisonnable, de vous pourvoir d'une famille. Vous n'êtes pas encore marié ? Comment ça se fait ?

- Que voulez-vous, je n'ai pas eu le temps...

- Vous n'avez pas eu le temps ? Vous étiez si occupé ? »

Je sentais de toute ma peau qu'il consignait dans son cahier

¹⁰³ Cette documentation a été traduite en français et éditée sous le titre : Vladimir Boukovsky, *Une nouvelle maladie mentale en URSS : L'opposition, combats*, Éditions du Seuil, 1971.

« Indifférent à la vie personnelle. Ses idées surévaluées l'obsédaient à un point tel, qu'il ne prit pas le temps de fonder une famille... »

J'avais lu tant de rapport d'expertise rédigé par Lunz sur le compte de mes amis que je pouvais à présent déposer ses conclusions à sa place.

Non, Lunz ne faisait jamais du "bricolage". Jamais il ne choisissait la solution de facilité. [...]

Non, Lunz a trop de respect pour lui-même et pour sa réputation d'orfèvre en la matière. Lentement, à la manière d'une araignée, il va entortiller sa victime dans sa toile. La moindre faille dans le caractère d'un homme, la moindre ébréchure dans son passé, et il vous tisse un symptôme de si bonne étoffe qu'une commission n'y trouvera à redire. [...].

Le piquant de la situation de la situation tenait en ceci : nous n'avions à parler des abus en psychiatrie, puisque j'étais accusé de calomnier la psychiatrie soviétique. Lunz escomptait trouver là un abîme de symptômes. Primo, surestimation de sa personnalité : un profane s'avise de contester les spécialistes ; secundo, suspicion, hostilité envers les psychiatres, très typique chez le paranoïaque ; ensuite l'interview dans laquelle je décris l'hôpital psychiatrique, ce sont à l'évidence les impressions déformées d'un malade mental. Bref, un champ d'action illimité (340).

L'action des dissidents porte leurs fruits : la pression internationale autour du cas Boukovsky commence à peser sur les psychiatres de l'*Institut Serbski*.

[On] me traîna littéralement dans la grande salle du haut, où se tenait habituellement les séances de la Commission. Avant même d'avoir ouvert la porte, j'entends les brides d'une discussion ou d'une dispute :

« Vous vous imaginez ce que cela va être ! Vous y avez songé ? Vous comprenez ce que vous faites ? »

Ils n'étaient que deux à siéger derrière la table : Lunz – un Lunz voué, au teint de cendre, les joues tremblantes – et, tremblant

pareillement de tout son corps, gris de Terreur, Morozov, le directeur de l'*Institut Serbski*. [...].

Mon dossier s'étalait devant eux sur la table, tout en lambeaux.

Mais ils n'y jetaient même pas un regard.

« Hein, vous voyez ! » fit encore Morozov à Lunz.

Mais ce n'était pas le spectacle d'un chef qui demanderait des comptes à son subordonné. C'étaient plutôt deux conjurés pris sur le lieu du crime ; aussi donnaient-ils libre cours à leur frayeur, nullement gênés par ma présence.

Soudain, comme se ressaisissant, Morozov fit un geste de la main dans ma direction [...] et le médecin m'entraîna à nouveau par les escaliers jusqu'à l'isolateur en bas.

« Alors c'est vous qui avez mis Daniel Romanovitch dans ces beaux draps ? » me dit-il chemin faisant.

« Simplement, n'allez pas croire que c'était la Commission, me dit-il en bas ; autrement vous feriez encore passer à l'extérieur je ne sais quelle calembredaine. »

Et là encore, je ne le compris pas il mettait tout, je ne sais pourquoi, au compte de mes manigances (340).

La Commission se réunit en novembre ; les psychiatres de l'*Institut Serbski* ne sont pas nommés en son sein, mais assistent à l'expertise. Les professeurs Melekhov, Loukanski et Jarikov, novices en psychiatrie légale, sont à la tête de cette commission.

Ce fut, je crois, la Commission la plus plaisante de toute ma vie.

Le jeu se déroula pratiquement tout entier devant les buts.

Essayez donc de saisir qui roulait l'autre. Tous ceux qui étaient réunis là ne désiraient qu'une seule et même chose, mais pour finir, c'étaient les médecins de l'*Institut Serbski* qui prenaient ma défense devant la Commission. Où étaient passés toutes leurs doctrines, leurs symptômes et leurs critères ! [...].

Lunz se tenait assis quelque part sur la touche, vieilli, chagrin et ne prit part aux débats.

De débats, à vrai dire, il n'y en aurait pas eu l'ombre – il n'y avait pas matière à discuter – n'eût été le professeur Jarikov. Unique représentant de l'école de Snejevski, il s'efforçait de démontrer

qu'en 1963 et 1965, j'avais présenté des signes de schizophrénie, larvée, bien entendu. *L'Institut Serbski* s'était battu jusqu'à la mort pour la psychopathie paranoïde. Ni les uns ni les autres ne contestaient à présent que je fusse responsable de mes actes. Mais alors, la nature de l'affection, les racines gnoséologiques ?...

C'était la bataille de deux mafias : pour les postes-clefs, pour la direction des cliniques, pour des thèses de doctorat, pour des traitements plantureux, des titres individuels. [...].

Immédiatement après la réunion de la Commission quand les professeurs furent partis, Lunz me fit soudain venir.

« D'ordinaire, chez nous il n'est pas d'usage de communiquer aux sujets soumis à l'expertise les résultats de la Commission ; mais, pour éviter les faux bruits, je ferai pour vous une exception. »

Ils en étaient toujours à penser que j'avais un contact secret avec le dehors [...].

« Mais au fait, que pensez-vous vous-même ? »

Il ne tenait plus d'impatience.

« Je pense que *nous* avons perdu », répondis-je. Mais il ne comprit pas, apparemment, le double sens, car, regardant distraitemment par la fenêtre, il coassa dans le vide :

« Il pense qu'il a perdu. Eh oui... Vous avez été reconnu parfaitement sain d'esprit, responsable de vos actes.

- Mais alors, comment a-t-on résolu la question de l'épisode de 1963 ? Les racines gnoséologiques ?

- Ils ont établi que cela avait été un accès de nature schizophrénique n'ayant pas eu de développement ultérieur.

- Mais enfin, il ne peut en être ainsi Daniel Romanovitch ! Vous le savez-vous même, de deux choses l'une : s'il y a schizophrénie, il y a nécessairement évolution ; sinon, ce n'est pas de la schizophrénie. Cela ne s'est jamais vu.

- Non, cela ne s'est jamais vu » accorda Lunz, dans un geste d'impuissance, solution de compromis !

Je ne le vis plus jamais (340).

Boukovsky est renvoyé à l'instruction, exactement ce que voulait éviter le K.G.B. Le procès a lieu le 5 janvier 1972 ; cette fois-ci la condamnation est plus lourde : deux ans de prison, cinq

ans de camp et cinq ans de réclusion. Dès lors, son cas est régulièrement au centre des discussions diplomatiques et irrite les autorités soviétiques.

En septembre 1975, Boukovsky, en association avec le psychiatre Gluzman, fait paraître dans la revue française *Esprit* un *Guide de psychiatrie pour les dissidents soviétiques* (399) qui présente en détail les méthodes utilisées par le pouvoir soviétique ainsi que les techniques à adopter par le dissident inquiet.

En décembre 1976, le dissident est libéré et extradé en Europe occidentale, après avoir été échangé contre Luis Corvalán, l'ancien chef du parti communiste chilien. Boukovsky obtient la nationalité britannique et vit depuis en Grande-Bretagne.

2. Pitor Grigorievitch Grigorenko, le général

a) *Du général au dissident*

Piotr Grigorievitch Grigorenko¹⁰⁴ (1907-1987) naît en Ukraine dans une famille paysanne ; intégrant les jeunesses communistes pendant la révolution de 1917 - les fameux *komsomols* - il adhère au parti communiste et débute une carrière militaire.

Vétéran de la Grande Guerre patriotique contre l'Allemagne nazie, il devient professeur à l'Académie militaire de Moscou et obtient le grade de général.



Figure 53 : Piotr Grigorievitch Grigorenko (1907-1987)

¹⁰⁴ Ses volumineuses mémoires sont disponibles en français : Pitor Grigorenko, *Mémoires*, Presses de la Renaissance, 1980.

Communiste convaincu, il adhère largement dans sa jeunesse aux théories marxistes-léninistes ; son évolution intellectuelle l'amène toutefois à douter de la réalité de la déstalinisation enclenchée par Khrouchtchev. En 1961 un discours critique envers les institutions et les dirigeants soviétiques entraîne sa disgrâce et sa radiation du parti.

De cet événement, débute sa remise en cause du système soviétique. Se replongeant dans un travail théorique intense, il décide de s'engager plus avant.

b) L'expertise

En 1963 Grigorenko rédige des tracts qu'il distribue à la sortie des usines ; le K.G.B. le surveille. Quelques mois plus tard, il est arrêté par la police politique.

Après un mois d'interrogatoire, il est transféré le 12 mars 1964 à l'*Institut Serbski* pour expertise ; le Dr Margarita Félixovna Talzé mène les entretiens, le tout sous l'autorité du Pr Lunz. Encore convaincu qu'il peut justifier la justesse de ses thèses par un sain raisonnement, le général Grigorenko tient un discours prolix qui se retourne contre lui :

Toutes mes explications devenaient à ses yeux la simple divagation d'un homme qui n'est pas dans son état normal. De même [le Dr Talzé était-elle] fermée au raisonnement par analogie, qui ne pouvait à ses yeux servir de preuve et n'avait de sens que clinique : si je me référais à Tchernychevski, elle écrivait : " Se prend pour Tchernychevski", ou " se prend pour Lénine", si je citais Lénine, etc. (393).

De même, lorsqu'au cours d'un entretien avec le Dr Talzé il prédit que Nikita Khrouchtchev sera évincé à l'automne – ce qui sera effectivement le cas, le 15 octobre – on note dans son dossier qu'il *prophétise* (393).

Le 19 avril 1964, et à la demande de l'instruction, se réunit une commission présidée par le Pr Snejevski afin de statuer sur l'état mental de Piotr Grigorenko : sous l'influence du Pr Lunz la commission conclue à l'irresponsabilité en rapport avec « un développement paranoïaque (déliquant) de la personnalité », complété par « un début d'artériosclérose des vaisseaux sanguins du cerveau ». Les experts constatent la présence d'idées de réforme, de

refonte de l'appareil de l'État, liées à une surestimation de sa personnalité, des idées messianiques ainsi que des éléments paranoïaques interprétatifs. Grigorenko est déclaré officiellement irresponsable de ses actes et est transféré à nouveau en prison dans l'attente de son jugement (386).

Ce dernier se tient le 17 juin : déclaré irresponsable, Grigorenko n'a pas le droit d'assister à son procès, tout comme sa femme.

Mes "intérêts" furent défendus par un avocat d'office nommé Korostyliov, qui de sa vie ne m'avait jamais rencontré et à qui on ne permit même pas de jeter un coup d'œil sur ma personne. Cette canaille avait le droit de dire n'importe quoi, à la seule condition que cela fût du goût du K.G.B. [...] La composition du tribunal était d'ailleurs des plus remarquables. Sur les six personnes présentes : le président du collège militaire, ses deux assesseurs, le procureur, l'avocat et "l'expert psychiatrique", seul le dernier m'avait rencontré. Ce rôle était tenu par le professeur Lunz en personne, ce qui soit dit en passant était illégal. Les interventions concernant le personnel militaire doivent en effet être faites par le psychiatre en chef des forces armées, le général-major du service de santé N. N. Timofeïev. Or ce dernier n'avait même pas été informé qu'un de ses généraux était devenu fou (393).

Le tribunal, suivant les conclusions de "l'expertise" conclut à la non-imputabilité et décide d'envoyer le général dans l'H.P.S. de Leningrad. Grigorenko apprend alors sa radiation de l'armée et la suppression de ses traites, et ce de manière illégale : un officier jugé irresponsable voit sa paie maintenue pendant et jusqu'à sa réintégration dans l'armée ou, en cas d'impossibilité, en mise en invalidité (393).

c) Premier séjour en hôpital psychiatrique spécial

Le 15 août 1964, Grigorenko est transféré dans son unité de soins. L'H.P.S. de Leningrad est un établissement beaucoup moins rude que d'autres ; ainsi l'ancien général rapporte ne pas avoir été maltraité durant son séjour, même si la privation de liberté et l'atteinte à son honneur lui pèsent lourdement.

Alerté par la femme de Grigorenko, le psychiatre en chef des armées, le général Nikolaï Nikolaïevitch Timofeïev se rend à l'hôpital de Leningrad pour assurer l'interné de son soutien. Grigorenko relate leur entretien dans ses *Mémoires* :

« Alors, sous quelle forme doit-on vous faire sortir ? Guérison ou annulation du diagnostic ?

- Comment serais-je plus vite chez moi ?

- Sur guérison, incontestablement. On pourra également faire annuler le diagnostic après votre sortie de l'hôpital, mais cela prendra beaucoup de temps. Mieux vaut attendre la fin de cette procédure chez vous qu'enfermé ici. D'autre part, il me sera plus facile de résoudre vos problèmes de retraite et autres questions matérielles si vous restez sous ma dépendance. Or je considère comme de mon devoir de les résoudre » (393).

Grâce aux actions de sa femme, qui sait jouer habilement des contradictions internes du système bureaucratique soviétique, Grigorenko voit son dossier passer devant la commission de sortie : le 14 avril 1965, après une intervention de Timofeïev en tant qu'expert psychiatrique, le collègue militaire donne l'instruction de lever la mesure de soins sans consentement. Le 22 avril 1965, Piotr Grigorenko quitte l'hôpital.

d) Second séjour en hôpital psychiatrique spécial

Nullement découragé par l'épreuve qu'il vient de subir, Grigorenko souhaite poursuivre son engagement. Il rencontre alors les autres figures soviétiques de la dissidence : « le "franc-tireur Grigorenko" écrit-il dans ses *Mémoires*, était désormais digne de faire partie des "troupes régulières" du combat pour les droits de l'homme » (393).

Écrivant de nombreux textes pour le *Samizdat*, l'ex-général s'engage à fond dans son nouveau combat, au côté des autres dissidents. Le K.G.B. ne relâche pas sa surveillance : très rapidement il est de nouveau surveillé et mis sous écoute.

Son soutien aux Tatars de Crimée ¹⁰⁵ lui attire de nouveau les foudres de la répression. En mai 1969, lors d'un voyage en Ouzbékistan, Grigorenko est arrêté en vertu de l'article 109-1 du Code pénal, article sur les propagations de fausses nouvelles hostiles au régime.

Après de rudes et violents interrogatoires, les instructeurs ouzbeks lui spécifient qu'il va de nouveau passer devant un comité d'experts psychiatres afin d'évaluer son état psychique : le 18 août il est expertisé dans les locaux du K.G.B. de Tachkent par une commission comprenant le Pr Detengof, le colonel-médecin Kagan et les docteurs Smirnova et Slavkina. Sous l'influence de Boris Efimovitch Kagan, psychiatre en chef de la Région militaire d'Asie centrale, la commission rend un verdict favorable à Grigorenko : le 27 août l'expertise médico-légale conclue à la responsabilité des actes (386).

Grigorenko ne manifeste pas aujourd'hui de signes d'une affection psychique, et il n'en manifestait pas non plus pendant la période où il a commis les délits qui lui sont reprochés (deuxième semestre 1965 – avril 1969), mais il se rendait compte de ses actes et pouvait en contrôler l'exécution. Il est donc responsable de ses actes [...].

Il n'est pas exclu que Grigorenko, sous influence de la situation psychologique désagréable dans laquelle il se trouva placé en 1964, étant donné ses traits de caractère originaux, ait eu une réaction malade, appréciée à l'*Institut Serbski* comme « développement paranoïaque ». Par la suite, comme le montrent les conclusions de la commission d'expertise en psychiatrie judiciaire du ministère du Maintien de l'ordre public de la R.S.F.S.R. de Leningrad, Grigorenko guérit. L'observation ultérieure à laquelle il fut ensuite suivi dans un dispensaire de Moscou ne permet pas de découvrir de signe d'affection psychique (386).

¹⁰⁵ En mai 1944 Staline signe un ordre de déportation de la population Tatar vivant en Crimée, suspecte de contestation nationale. En deux jours 180 000 Tatares sont déportés en Asie mineure ; près de 8 000 personnes décèdent lors du transfert. Recevant l'interdiction de rentrer dans leur pays, les Tatars vivent dans des conditions épouvantables : selon certaines estimations, probablement surévaluées, c'est 46,2 % de la population qui disparaît dans les cinq premières années de l'exil. Alors que d'autres nationalités déportés reçoivent quelques années après la mort de Staline l'autorisation de retourner sur les terres de leurs ancêtres, les Tatars sont condamnés à vivre en Asie mineure. Sur ce sujet on pourra se référer à l'article de Grégory Dufaud, *La déportation des Tatars de Crimée et leur vie en exil (1944-1956). Un ethnocide ?*, Vingtième siècle, Revue d'Histoire, 96, Octobre-Décembre 2007, p. 151-162. La lecture de l'article d'Isabelle Ohayon, *La déportation des peuples vers l'Asie centrale*, Le XXe siècle des guerres, Éditions de l'Atelier, 2004, pp. 171-178, sera également intéressante.

Dès le lendemain, les interrogatoires reprennent jusqu'à début octobre. Puis, sans prévenir, Grigorenko est transféré à Moscou à l'*Institut Serbski* le 21 octobre.

Le 19 novembre il passe devant la commission de l'*Institut* ; l'ancien général n'est pas informé des résultats et est de nouveau transféré dans la prison du K.G.B. d'Ouzbékistan début décembre. Déjugeants les conclusions de la commission de Tachkent, les experts de l'*Institut Serbski* se prononcent pour l'irresponsabilité, sans pourtant avoir eu en leur possession d'élément nouveau : « l'impression générale que j'en retirai, écrit Grigorenko, fut que tout avait été décidé d'avance et que ce qui avait eu lieu ne constituait que le prétexte technique officiel pour entériner un projet de conclusions déjà prêt » (393).

Citons longuement Grigorenko lorsqu'il revient sur les médecins psychiatres ayant participé à ses expertises :

Pour assurer le fonctionnement [du système], il fallait disposer aussi, au minimum, de médecins qui fussent en même temps les représentants des organes de répression, des médecins à qui l'on put dire ouvertement : "Celui-là, il faut le reconnaître irresponsable", de vrais médecins néanmoins, munis de diplômes de médecine et, s'il se pouvait, des titres scientifiques ronflants, d'hommes susceptibles d'inventer des formules pseudo-scientifiques permettant de conclure à l'irresponsabilité mentale d'un homme normal. Tous ceux qui se sont penchés sur la question ont été d'accord pour affirmer que ces hommes, ces médecins et ces "savants" aux fonctions criminelles existent dans notre pays. Et tous sont d'accord pour reconnaître comme les plus importants parmi ces derniers : le professeur Danilil Romanovitch Lunz, docteur en médecine [...] et les membres correspondants de l'Académie des sciences médicales de l'U.R.S.S. G. V. Morozov et V. M. Morozov. En ce qui concerne Snejevski, membre effectif de l'Académie des sciences médicales, quelqu'un comme Tsaris le considère comme charmant et sans aucun doute honnête homme. J'ai eu l'occasion de rencontrer Snejevski, qui présidait ma toute première commission d'experts et m'avait produit une impression très

favorable. Un maintien empreint de noblesse, un regard plein de bonté, une expression compréhensive sur le visage et même, extérieurement, amicale et compatissante : qui ne se sentirait touché à cet aspect ? À plus forte raison, dans des circonstances où l'on sent que l'on est tombé dans un milieu hostile et, pour soi-même, nuisible. De même m'étais-je fait une très haute idée du professeur N. N. Timofeïev, qui avait eu dans mon affaire, à ce qu'il m'avait semblé, une attitude honnête et même courageuse. [...].

Le sourire charmant de Snejnevski ne l'empêcha pas de signer les conclusions du procès-verbal d'expertise me concernant, conclusions qui étaient pour moi pires encore qu'une condamnation à mort. Et lorsque Snejnevski déclara dans une interview à un correspondant des *Izvestia* qu'en U.R.S.S. la psychiatrie se situait à un niveau si élevé [...] "que toute erreur de diagnostic, même de la part de simples psychiatres, était totalement exclue et qu'il n'avait pas connu en cinquante ans de pratique psychiatrique un seul cas où un homme normal eût été reconnu irresponsable", je compris enfin qu'il avait lui aussi pris une part active à l'élaboration de ces conclusions mensongères. D'ailleurs pouvait-il en être autrement ? C'est lui le père spirituel de la tendance moderne soumettant les politiques à des expertises psychiatriques, c'est lui l'idéologue responsable de l'extension de sens donnée à la schizophrénie et à d'autres maladies mentales. [...].

Quant au professeur N. N. Timofeïev, il apparut sous un jour entièrement nouveau pour moi dans les récits de Victor Feindberg et du léningradois V. Borissov. Tout comme cela avait été le cas avec moi, Timofeïev comprit en les voyant qu'il avait devant lui des êtres normaux, mais au lieu de se hâter de les libérer, il avait mis tous ses soins à essayer de les briser. Les deux tableaux ne coïncidaient pas dans ma tête. Je ne pouvais ni ne voulais croire mes amis. Mais lorsque je vis la signature du professeur Timofeïev sous une réponse mensongère à des psychiatres occidentaux, sous un document où il affirmait qu'en U.R.S.S. pas un seul homme normal n'est enfermé en hôpital psychiatrique, je compris que N. N. Timofeïev était le même genre d'homme que

Lunz, les deux Morozov et Snejnevski et qu'il était au même degré qu'eux coupable de la détention d'hommes normaux dans des hôpitaux psychiatriques. Son attitude à mon égard n'avait été qu'un cas particulier s'expliquant par la confusion des esprits au moment de l'éviction de Khrouchtchev, et dans une certaine mesure, par des considérations d'ordre corporatif : le *général* Timofeïev défendait le *général* Grigorenko.

Ainsi, les H.P.S. et les expertises psychiatriques, chapeautées par les mêmes organes répressifs, constituent un système parfaitement mis au point pour faire passer une catégorie particulière d'hommes normaux dans celle des irresponsables mentaux, avec le traitement adapté à ce genre de personne (393).

Grigorenko est transféré en mai 1970 dans l'H.P.S. de Tcherniakhovsk ; les conditions sont plus difficiles que lors de sa précédente "hospitalisation" à Leningrad. En janvier 1973, bien que la commission d'établissement l'eut jugé "guéri" le tribunal refuse sa libération et impose la poursuite du "traitement médical forcé". Ce n'est qu'en septembre 1973 que Grigorenko est autorisé à quitter Tcherniakhovsk pour continuer à être interné dans un hôpital psychiatrique conventionnel de Moscou. Il y reste encore 9 mois (393).

Son cas commence à être connu hors des frontières de l'U.R.S.S. et des protestations s'élèvent. Soljenitsyne, condamné à l'exil en février 1974, envoie un télégramme au président américain Nixon afin d'intervenir en la faveur de Grigorenko :

Lorsqu'on adresse au gouvernement soviétique des requêtes concernant les détenus des hôpitaux psychiatriques, ce dernier se retranche derrière les conclusions des médecins. Or deux de ces détenus, Grigorenko et Chikhanovitch, ont été déclarés sains d'esprit par les commissions médicales et les autorités persistent à les maintenir enfermés. Peut-être vous serait-il possible d'intercéder auprès du gouvernement soviétique pour qu'au moins ces deux détenus soient libérés (393).

e) La libération

Une visite du président Nixon en U.R.S.S. étant prévue pour le mois de juin 1974, le gouvernement soviétique décide de libérer Grigorenko : le 26 juin ce dernier est rendu à la vie civile, un jour avant l'arrivée du président américain.

En 1977 Piotr Grigorenko se rend aux États-Unis pour visiter l'un des fils : il apprend alors qu'il est déchu de sa nationalité soviétique. Il passe la fin de sa vie en exil aux États-Unis et se consacre à la rédaction de ses *Mémoires*. Il rencontrera plusieurs psychiatres américains qui concluent tous à la santé mentale de l'ex-général (400) : examiné selon les standards américains par des psychiatres, neurologues et psychologues des universités de Yale, Columbia et Harvard, les cliniciens n'ont pas retrouvé de troubles mentaux particuliers hormis quelques « signes de dépression légère » ainsi que des troubles sensoriels et moteurs, probablement séquelles de son accident vasculaire cérébral de 1972 (331). Piotr Grigorovitch Grigorenko décède à New York le 21 février 1987 à l'âge de 79 ans.

3. Léonid Ivanovitch Pliouchtch, le mathématicien

a) Un marxiste dissident

Léonid Ivanovitch Pliouchtch (1939-2015) naît à Naryn de parents ukrainiens ; son père décède au front lors de la Seconde Guerre mondiale. Le jeune Léonid passe, chichement, une partie de sa jeunesse en Ukraine, dans la ville natale de son père, Borzn. Atteint d'une tuberculose osseuse, il reste alité cinq ans durant et garde toute sa vie une séquelle invalidante à la jambe.



Figure 54 : Léonid Ivanovitch Pliouchtch (1939-2015)

Se décrivant comme étant dans sa jeunesse animé « d'une foi fanatique dans le pouvoir soviétique »(390) il est membre des *komsomols*, et participe, sur son temps libre, aux *Brigades d'assistance aux gardes-frontières*, afin d'aider les autorités à attraper les "espions" et autres fuyards (390). Il souhaite alors vivement intégrer le K.G.B. et leur propose son aide : il reçoit un refus au regard de sa tuberculose osseuse qui l'handicape.

Ils auraient pu me demander de travailler comme mouchard ou comme indicateur : je pense qu'à l'époque j'aurais accepté avec plaisir (390).

C'est également à cette époque qu'il commence à s'intéresser aux mathématiques et à la philosophie :

Je rêvai à l'époque d'accomplir un grand bouleversement en mathématiques et en philosophie. J'exprimai ce rêve dans le journal intime que je tenais. En 1972 le K.G.B. confisqua ces carnets et utilisa ces banales rêveries d'adolescent pour affirmer que, dès ma jeunesse, j'étais atteint de "délire messianique" (390).

Pliouchtch réussit ses études secondaires et intègre l'université d'Odessa pour y étudier les mathématiques et la physique. Il enseigne un an dans une école rurale, avant de terminer son cursus universitaire en 1962 à la faculté de mécanique et de mathématique de l'université de Kiev.

Après la déstalinisation, débute son cheminement de critique envers le pouvoir soviétique, sans toutefois renier son marxisme. Une fois diplômé, il travaille jusqu'en 1968 à l'*Institut de cybernétique de l'Académie des sciences* d'Ukraine et s'intéresse aux modèles mathématiques des systèmes biologiques et médicaux.

En 1968, il rentre, selon sa formule, dans les rangs de "renégats" (390), diffusant et publiant des *samizdats*, luttant pour la défense des droits de l'homme en U.R.S.S.. Sa première manifestation publique date de cette année, lorsqu'il publie son premier texte critique (390) sur l'affaire Guinzbourg et Galanskov. Pliouchtch entre dans le circuit de la dissidence et rencontre ses grandes figures (Grigorenko, Soljenitsyne, etc.).

Il est alors licencié. Au chômage, il tente désespérément de trouver du travail pour subvenir aux

besoins de ses enfants et de sa femme, mais partout les portes se ferment. Il finit par trouver un emploi de chauffeur dans une institution militaire, mais est de nouveau rapidement renvoyé.

Le 20 mai 1969 paraît l'*Appel au Comité des droits de l'homme* de l'O.N.U., manifeste fondateur du *Groupe d'initiative pour la défense des droits de l'homme*. Pliouchtch est un des fondateurs du courant, courant qui se propose d'agir publiquement et au grand jour, en toute légalité (401). Il est renvoyé de son nouvel emploi de relieur ; la répression débute.

b) Arrestation, expertise et jugement

Le 15 janvier 1972, Pliouchtch est arrêté à son domicile suite à une perquisition dans laquelle le K.G.B. retrouve des textes de *samizdats* jugés antisoviétiques.

Pliouchtch est enfermé dans la prison du K.G.B. de Kiev et est interrogé plusieurs jours durant à propos de ses activités antisoviétiques. Refusant de dénoncer ses amis ou de renier ses positions, Pliouchtch ressent l'étau se resserrer sur lui :

Lorsque j'eus clairement réalisé que j'étais bon pour l'hôpital psychiatrique spécial, je ne me cachai pas ce qui m'attendait, je regardai en face cet avenir effrayant, les dangers du "traitement", celui de devenir fou à vivre parmi les fous. Avenir terrible, comme il est terrible de perdre ses enfants (le K.G.B. en viendra là aussi), sa femme... Mais qu'advierait-il si je trahissais ? Je pourrais marchander ma liberté à un prix relativement bas. Je pourrais même éviter de dénoncer des camarades – il suffirait d'écrire une lettre de repentir dans un journal, de renier mes opinions, de m'accuser d'hostilité envers le peuple. Et après ? Je perdrais ma femme, le respect de mes amis, pour vivre entouré de goujats... Même les "orthodoxes" me mépriseraient. Il ne me restait qu'à me tirer une balle dans la tête ou à sombrer dans l'alcoolisme. N'est-ce pas perdre davantage que si je deviens fou en prison psychiatrique ? La peur des conséquences de la trahison l'emporte sur la crainte de l'hôpital psychiatrique spécial : c'est la peur de se perdre en tant que personne humaine qui supplante la peur animale de la créature tremblante... (390).

Pliouchtch est convoqué par deux fois dans le bureau du directeur de la prison afin de rencontrer les médecins psychiatres de l'hôpital Pavlov de Kiev, avant de se voir notifier le 6 mai son transfert à l'*Institut Serbski* de Moscou pour la tenue d'une expertise psychiatrique. Sa demande de réaliser l'expertise à Kiev et de désigner un représentant au sein de la commission d'expertise, comme le *Code de procédure pénale* le prévoit, est rejetée.

En juin, Léonide Pliouchtch est transféré dans une prison moscovite puis est expertisé à l'*Institut Serbski*.

La psychiatre me convoqua par trois fois pour des entretiens d'une vingtaine de minutes

- Pourquoi vous livrez-vous à une activité antisoviétique ?

- Je ne me livre à aucune activité antisoviétique.

- Parlons alors d'activité politique.

- Je ne veux pas voir l'année 1937 se répéter...

- L'époque du "culte de la personnalité" est révolue !

- Mais on continue à jeter des gens en prisons pour délit d'opinion.

Les ouvriers et les paysans touchent des salaires de famine.

- À quoi voulez-vous en venir ?

- À un état démocratique. [...]

La discussion tourne ainsi indéfiniment en rond. Je me contiens pour ne pas exploser, la traiter elle d'imbécile, et Lunz de canaille.

[...].

- Dans votre journal, on trouve un peu de tout : de la psychologie, de la philosophie, de la littérature, de l'histoire, je ne sais encore.

- Le programme du P.C.U.S. affirme : le Parti veut que les hommes deviennent des êtres harmonieux, au développement multiforme. Je me suis efforcé de suivre ce programme.

- Mais vous avez écrit votre journal avant la rédaction de ce programme.

- J'ai donc anticipé sur le programme du Parti.

- Vous plaisantez sans perdre le temps de réfléchir aux conséquences qui peuvent en résulter pour vous. [...]. Vous avez décidément des réactions inadéquates au milieu environnant.

- Le parti *bolchevik* devrait être caractérisé par une inadéquation encore plus grande !

- Vous vous considérez comme un second Lénine ? [...].

J'en avais assez de ces conversations, de ces affrontements stupides. Ma psychiatre sautait toujours d'un sujet à l'autre, sans respecter la moindre logique, sans tenir le moindre compte des dogmes idéologiques établis : elle transformait nos entretiens en séances de fustigation de mes incohérences et prétendues bizarreries... (390)

Pliouchtch est ensuite reçu par le Pr Lunz qui finalise l'expertise :

Lunz entreprit de m'interroger. Il posait ses questions suivant un rythme rapide, obéissant à je ne sais quelle tactique, de façon logique, mais sans laisser deviner le système dans lequel elles s'inséraient. Aussi répondis-je brièvement, nettement, assuré que toute phrase imprécise serait aussitôt dénaturée [...]. Mais je savais que j'avais devant moi une personnalité pathologique profondément misanthrope, détestée par les membres de sa famille et qui terrorisait ses propres collaborateurs. [...]. Avec Lunz, il m'était plus pénible de parler. Il remarquait d'emblée mes réparties imprécises, mes contradictions, mon refus d'exprimer toutes mes opinions, qui conférait à mes réponses une certaine obscurité... Au bout d'un quart d'heure, il interrompit l'entretien (390).

La commission, composée du Dr Katchaev, du Pr Lunz, du conseiller scientifique Gartse, et présidée par Morozov, directeur de l'*Institut* et membre correspondant de l'*Académie des sciences*, conclue à l'état pathologique de Pliouchtch, proposant l'irresponsabilité et le placement en hôpital psychiatrique spécial :

Diagnostic : "Les éléments du dossier, les documents manuscrits, les résultats de l'observation témoignent que L. I. Pliouchtch souffre de maladie psychique sous forme de schizophrénie latente, avec, depuis l'adolescence, des signes de dérangement paranoïaque caractérisé par des éléments de messianisme, des idées réformatrices, un dérangement de la sphère émotionnelle, caractérisé également par une attitude non critique quant à son propre état. Il représente un danger social ; il doit être considéré

comme irresponsable et interné dans un hôpital psychiatrique spécial (390).

Malgré les conclusions de la commission, conclusions qui restent cachées à l'accusé et à sa famille, Pliouchtch reste en prison de longs mois durant ; sa femme rapporte que le K.G.B., « afin que la nécessité de cette cruelle mesure ne puisse susciter aucun doute » (390), retarde le procès, en demandant au *Ministère de la Justice* la tenue d'une nouvelle commission expertale (390). De son côté, le dissident essaye de tous les recours dont il dispose pour faire valoir ses droits.

Le 17 septembre 1972, Léonide Pliouchtch est une nouvelle fois expertisé par une commission composée du Pr Snejnevski, du Pr Lunz et du Pr Anoufirev. Nouvelle conclusion, en partie différente de la première :

Souffre de maladie psychique chronique sous forme de schizophrénie. La maladie susdite se caractérise par un tout début de formation de dérangement paranoïaque, par un esprit chimérique, une naïveté de jugement qui détermine sa conduite. Son état s'est amélioré entre la première et la deuxième expertise. Est apparu un dérangement de la sphère émotionnelle (apathie, indifférence, passivité). Les idées réformatrices se sont maintenues en se transformant en idées inventives dans le domaine de la psychologie. Attitude non critique vis-à-vis de ses propres actes. Présente un grand danger social. À besoin de soins (390).

Finalement le procès de Léonide Pliouchtch se tient du 25 au 29 janvier 1973, un an après son arrestation ; aucun droit de visite n'a été encore accordé.

Le 29 janvier, le tribunal de Kiev reconnaît coupable Pliouchtch d'agissements antisoviétiques, mais le tribunal retient l'irresponsabilité des actes imputés (art. 62 du Code pénal d'Ukraine) et prends la décision de son placement en hôpital psychiatrique spécial. Comme le démontre Tatiana Khodorovitch, la procédure s'est faite dans une totale illégalité (401). Le procès et le verdict se tiennent à huis clos, Pliouchtch n'étant ni représenté, ni présent. Pliouchtch est transféré à l'H.P.S. de Dnipropetrovsk en juillet 1973 (390).

c) Enfermement en hôpital psychiatrique spécial

À l'H.P.S. de Dnipropetrovsk, Pliouchtch est examinée par le Dr Ella P. Kamenetskaia :

- Ça n'est rien, nous allons rapidement vous guérir de votre délire politique.

- Mais vous ne savez même pas de quoi il s'agit !

- L'académicien Snejnevski le sait, lui. Il ne se trompe jamais (390).

- Tout le monde est bien ici, tous les malades et leurs parents sont satisfaits, il y a une foule de candidats à l'admission dans notre hôpital... Ils ne savent pas POURQUOI les gens sont ici, mais ils savent que chez nous on est bien soigné. Nous sommes de l'école de Moscou.

- De Snejnevski...

- Oui, répond-elle avec fierté¹⁰⁶, de Snejnevski. Vous ne vous rendez pas compte que chez nous ON NE FAIT PAS D'EXPÉRIENCES, on donne aux malades des soins qui reposent sur une méthode. Tout le monde est content de nous, et même des professeurs viennent nous voir (340).

Un jour, Ella Kamenetskaia me proposa :

- Léonid Ivanovitch, si vous voulez recouvrer plus vite la liberté, vous devez nous aider à découvrir les causes de votre maladie. Écrivez donc votre autobiographie, les raisons qui vous ont poussé à vous lancer dans une activité antisoviétique. [...]. Réfléchissez bien. Reconnaître le caractère erroné de vos opinions n'est pas nécessaire qu'à vous-même. Plus vite nous en guérirons, plus vite vous pourrez retourner près des vôtres. [...]. De retour dans la chambrée, je racontai à mes co-détenus politiques la proposition de la doctoresse. Il apparut qu'elle n'avait fait la même, jusqu'à là, qu'aux détenus politiques jouissant d'une certaine notoriété. Ceux qui avaient rédigé la confession demandée s'étaient vus contraints par la suite, lors d'entretiens avec les psychiatres, de renier leurs idées, d'en démontrer par écrit l'absurdité, l'utopisme, l'illogisme ou la

¹⁰⁶ Cet extrait de dialogue met en scène la directrice-adjoint de l'hôpital et la femme de Pliouchtch.

naïveté. Ainsi le reniement s'accompagnait de témoignage d'autodénigrement que les médecins exhibaient parfois complaisamment aux parents du "renégat". Même après une pareille humiliation, le K.G.B. faisait encore lamenter le malade un ou deux ans avant de lui délivrer un bon de sortie de l'hôpital psychiatrique, soit pour vérifier qu'il n'aurait pas de rechutes, soit gratuitement, parce que tel était son bon plaisir (390).

Pliouchtch dans ses *Mémoires* relate les mauvais traitements infligés par les infirmiers-prisonniers de droits communs, les punitions par injection d'halopéridol, de soufre, les vols de nourriture, les innombrables vexations. Terrible et vivant témoignage d'une dérive.

[Les médecins] malmenaient les mouchards, mais savaient utiliser leurs dénonciations pour punir la moindre babilotte sur rapport des infirmiers. [...]. La plupart de ces dénonciations n'étaient que purs mensonges, mais les médecins s'en moquaient éperdument. Et comme ils n'infligeaient en principe ni sanctions, mais un simple *traitement*... allez donc protester ! En revanche, c'était la protestation qui pouvait entraîner une punition ! À ce titre, les infirmiers pouvaient ligoter les malades avec des sangles pendant plusieurs heures, voire une journée et une nuit entière, ils augmentaient les doses de neuroleptiques ou bien cognaient... Quant aux infirmiers, elles nous disaient carrément :
- Pour ce que tu as fait, on va te mettre à l'halopéridol (390).

Pliouchtch reçoit un traitement par halopéridol à une posologie supérieure à 30 milligrammes journaliers, en trois prises. Les effets secondaires sont terribles : dyskinésies, akathisie, syndrome extrapyramidal, asthénie, sentiment d'indifférence. Aucun traitement correcteur n'est délivré, malgré les demandes répétées.

Sous l'effet des médicaments, tout me devenait ennuyeux, je n'avais plus envie ni de lire ni de penser. La politique m'écœurant tout à fait. Les visites et les livres que j'attendais si fort auparavant me laissaient désormais parfaitement indifférent. Un seul sentiment m'habitait : la peur. [...]. Toute volonté de vivre et de lutter avait disparu en moi. Une seule volonté surnageait encore : ne rien oublier de ce que je voyais, ne pas m'aigrir, ne pas capituler (390).

Sa femme qui arrive difficilement à le voir en visite – la première visite se déroule le 22 août 1973 - témoigne de la dégradation de son mari :

Quand on nous fit entrer [Léonide] était déjà assis. Il était étrange, tout courbé, avec un sourire triste. Il parlait avec difficulté, en s'interrompant, il se rejetait en arrière à la recherche d'un appui, finalement il n'y tient plus et s'allongea sur la table. Son visage était déformé par les convulsions, ses bras et ses jambes se contractaient. Il n'entendait presque rien. Il demanda à être reconduit avant la fin de la visite. [...].

Lors de la visite suivante [Léonide] me dit qu'il avait été fort mal ce jour-là : des convulsions lui avaient secoué tout le corps, le mettant dans l'impossibilité de rester allongé ou assis. Il n'avait pas dormi de toute la nuit... [...].

La situation de [Léonide] empirait de jour en jour. On continuait à lui administrer de l'halopéridol. Il enflait dans des proportions incroyables, en devenait presque carré. Lors de nos entrevues, il avait une très grande difficulté à parler, il restait apathique, ne m'interrogeait presque sur rien. Tout apparaissait désespéré et absurde (390).

Lors d'une rencontre avec le médecin de son mari, Tania Pliouchtch se heurte au secret :

- Je voudrais connaître le diagnostic que vous portez sur l'état de mon mari. Pourquoi lui administre-t-on de l'halopéridol ? Lui donne-t-on un médicament correcteur et lequel ?

- Quel médicament correcteur ? En quoi cela vous regarde-t-il ?

- Je sais qu'on lui donne de l'halopéridol. Et c'est précisément pour ça qu'il a eu la crise dont j'ai été témoin lors de ma dernière visite.

- Mais enfin, est-ce que Léonide Ivanovitch se plaint, lui ? [...]

En ce qui concerne votre question [...], je n'y répondrai pas, ni sur le diagnostic porté ni sur le traitement suivi (390).

Le traitement de Pliouchtch est ensuite modifié : il reçoit de l'insuline pour induire des comas hypoglycémiques, puis de la triptasine à haute posologie (posologie supérieure à 30 mg/j). Malgré une diminution des effets secondaires, son état de santé reste particulièrement

préoccupant (390).

Tania Pliouchtch engage un long combat pour la libération de son mari ; elle multiplie les lettres de plaintes auprès des instances de l'U.R.S.S. et alerte l'opinion mondiale sur le sort de son mari. Une forte pression s'exerce dès lors sur elle : perquisition, filature du K.G.B., etc. Lui est également fait comprendre que la diminution des traitements que recevra son mari est corrélée à l'arrêt de son combat pour son mari :

Si elle cesse d'en appeler à l'opinion publique mondiale, d'ici un an et demi Léonide Pliouchtch pourrait être transféré de l'hôpital psychiatrique spécial dans un hôpital normal – dans le cas contraire, son sort s'aggraverait... (390)

On lui propose également de signer des documents de tutelle, afin de reconnaître *de facto* la pathologie mentale de son mari, en échange d'une promesse d'une libération plus rapide. Elle se refuse à trahir le combat de son époux.

En avril 1975, une commission modifie le diagnostic de Léonide Pliouchtch : elle le déclare désormais atteint de "schizophrénie à type paranoïde", en contradiction avec la théorie de Snejnevski, selon laquelle la schizophrénie latente est un état stationnaire et non prémorbide (390).

Le 9 avril 1975, Tania Pliouchtch, accompagnée de Iouri Orlov, se rend au domicile de Snejnevski qui, ignorant leurs identités, les reçoit. C'est alors qu'il leur indique :

Serait-il préférable pour Pliouchtch d'être condamné à sept ans de camp à régime sévère ? (390)

Dans une lettre rédigée à l'attention de la *Journée de défense de Léonide Pliouchtch* (21 avril 1975) – voir au chapitre suivant -, Iouri Orlov relate cet entretien :

Il y a deux ans, le professeur Snejnevski lui-même avait porté sur la personne de Pliouchtch [...] le diagnostic de "schizophrénie latente, affection dont l'existence même est mise en doute par de nombreux psychiatres. C'est sur la base de ce diagnostic (et contrairement au souhait de Snejnevski) que Pliouchtch a été

transféré en hôpital psychiatrique spécial et soumis à un "traitement conforme aux méthodes du professeur Snejnevski", aux dires du médecin de l'hôpital. D'après le diagnostic actuel (impossible à vérifier), au bout de deux ans de ce traitement Pliouchtch serait un "schizophrène paranoïaque" définitif. Pourtant, d'après le manuel du même professeur Snejnevski, la schizophrénie latente n'évolue jamais vers la schizophrénie ordinaire. Tout cela n'a d'ailleurs pas empêché le professeur de nous déclarer que l'actuelle divergence entre les diagnostics n'était que purement formelle ! (390)

d) *La libération*

Les pressions n'arrêtent en rien les velléités de Tania Pliouchtch ; en décembre 1973, cinq mois après l'internement de Pliouchtch, la revue française *La Recherche* publie un article, *La schizophrénie en question*, dans lequel était présenté les cas des mathématiciens Chikhanovitch¹⁰⁷ et Pliouchtch. Dans les suites de l'article, plus de 500 mathématiciens français signent une pétition en faveur de la libération de Chikhanovitch et, en janvier 1974, se crée, sous l'impulsion du mathématicien américain Lipman Bers, un *Comité international des mathématiciens pour la défense de I. Chikhanovitch et de L. Pliouchtch* (401), dont l'appel à une influence considérable (401).

Le 26 mars 1974, sous la pression internationale, se réunit une commission exceptionnelle de psychiatres qui réexaminent le cas de Chikhanovitch : la commission conclue à l'inutilité du maintien en hospitalisation et, le 5 juillet, Chikhanovitch est libéré, considéré comme "guéri" d'un diagnostic de "psychopathie profonde de caractère schizoïde", bien que n'ayant reçu aucun traitement durant son hospitalisation. Pliouchtch reste en H.P.S. (401).

En août 1974 se tient, à Vancouver, le *Congrès international des mathématiciens* : l'influence du *Comité* fondé quelque mois plus tôt se fait ressentir : plus de mille participants signent la pétition demandant l'envoi d'un télégramme au président Kossyguine pour qu'il examine la situation de Pliouchtch. Le message reste sans réponse.

¹⁰⁷ Iouri Chikhanovitch est un mathématicien soviétique, également interné pour diffusion de littérature antisoviétique. Il est ensuite hospitalisé en hôpital psychiatrique classique dans des conditions bien moins difficiles que celles qu'a connu Pliouchtch (cf. *L'Affaire Pliouchtch*, Dossier réuni par Tania Mathon et Jean-Jacques Marie, Combats, Éditions du Seuil, 1976, p. 5).

En 1975, devant l'échec de leur engagement¹⁰⁸, le *Comité* change de stratégie et tente de faire connaître l'affaire en dehors des stricts milieux mathématiques. Le 23 avril, une *Journée internationale Léonide Pliouchtch*, se tenant à l'*Institut Henri-Poincaré* de Paris, est organisée conjointement avec *Amnesty International*. Aux côtés d'*Amnesty* et du *Comité*, on retrouve des psychiatres, des hommes de lettres, des savants. « L'affaire Pliouchtch commençait » (401) témoignent Michel Broué, Henri Cartan et Laurent Schwartz, membre du *Comité*.

Dès lors, le monde de la psychiatrie s'engage, particulièrement les psychiatres britanniques et français. Durant l'été, Sir Martin Roth, président du *Royal College of Psychiatrists* de Grande-Bretagne, envoie un télégramme à Snejnevski :

Mandaté par le Collège royal des psychiatres, je proteste de la manière la plus vigoureuse contre le maintien en détention de Gluzman, Boukovsky et Pliouchtch, qui apparaît comme une perversion de la pratique psychiatrique et un déni de justice. Votre refus d'agir ou de répondre est une tache sur notre profession (401).

Là encore, pas de réponse et, malgré les protestations, le sort de Pliouchtch ne s'améliore pas.

Un grand rassemblement se tient à la Mutualité (Paris), le 23 octobre 1975 pour demander la libération de Pliouchtch ; à la tribune, des psychiatres, des scientifiques, des syndicalistes, des politiques¹⁰⁹. La manifestation est un franc succès ; rassemblant près de 5 000 participants, l'évènement est secondairement adoubé par la C.G.T. et le P.C.F. (401).

La mobilisation finit par porter ses fruits ; Pliouchtch rapporte une amélioration des conditions de détention en H.P.S. dans les derniers mois de son hospitalisation (390).

L'agence T.A.S.S.¹¹⁰, dans un communiqué, communiqué non diffusé en U.R.S.S., de la libération de Pliouchtch, la justifiant par une amélioration de son état secondaire aux traitements. Pliouchtch est destitué de sa nationalité de soviétique et, le 8 janvier 1976, un avion l'emmène près de la ville frontalière de Tchop ; après avoir retrouvé sa femme et ses enfants, il est accueilli par le *Comité des mathématiciens* à Vienne avant d'émigrer en France (390), où il passe le reste de sa vie. Léonide Pliouchtch décède le 4 juin 2015 à Bessèges (Gard).

¹⁰⁸ Ces premières manifestations sont toutefois contemporaines d'une suspension temporaire des injections d'insuline pour Pliouchtch (cf. Michel Broué, Henri Cartan, Laurent Schwartz, *Préface*, dans *L'Affaire Pliouchtch*, Dossier réuni par Tania Mathon et Jean-Jacques Marie, Combats, Éditions du Seuil, 1976, p 11).

¹⁰⁹ Certaines de ces allocutions sont disponibles dans *L'Affaire Pliouchtch*, Dossier réuni par Tania Mathon et Jean-Jacques Marie, Combats, Éditions du Seuil, 1976, pp. 139-159.

¹¹⁰ Le *Telegrafnoïe aguentstvo Sovietskovo Soïouza*, fondé en 1925, est une des principales agences de presse en U.R.S.S..

VII. Les réactions de la psychiatrie mondiale

A. *La lente prise de conscience de l'Occident*

1. Le désenclavement de la psychiatrie soviétique

a) *Le désenclavement de la psychiatrie soviétique*

Si la prise de conscience de la dérive de la psychiatrie soviétique se révèle au cours des années 1970, quelques occidentaux se questionnent sur la médecine soviétique au début de la Guerre froide (402).

La psychiatrie soviétique, bien qu'isolée théoriquement de la psychiatrie occidentale, n'est pas complètement fermée et tente de propager ses recherches avec le monde entier en publiant dans de grandes revues scientifiques les conclusions de ses recherches¹¹¹. Les représentants de la psychiatrie soviétique participent régulièrement à des rencontres internationales, parfois utilisés comme tribunes de promotion du système soviétique.

En septembre 1959, en pleine période de "libéralisation" autorisée par Khrouchtchev, s'ouvre à Jeseník, modeste station thermale réservée aux troubles névrotiques de Moravie, le *Premier Congrès tchécoslovaque de Psychiatrie avec participation internationale*, réunissant psychiatres, neurologues et psychothérapeutes des pays de l'Est et de l'Ouest : des psychiatres soviétiques - parmi lesquels on retrouve le professeur Andreï Snejnevski, ainsi que des représentants de la psychiatrie de la R.D.A. - rencontrent certains de leurs confrères français (Léon Chertok) et américains (le behavioriste américain Jules Masserman ainsi que le créateur du psychodrame, Jacob Levy Moreno) (403). Rencontre inédite mais tendue : « les organisateurs avaient manifestement pris des risques, témoigne Henri Vermorel, et ne parlaient aux étrangers qu'avec beaucoup de prudence. En coulisse, et parfois en séance, se déroulait un

¹¹¹ Citons comme exemples les articles suivants : Maya G. Schchirina, Marat Vartanyan, *Clinicobiological Research in Schizophrenia in the Soviet Union*, Proc. Roy. Soc. Med. Volume 61, September 1968, p. 943-947 ; Anatoly B. Smulevich, *Sluggish Schizophrenia in the Modern Classification of Mental Illness*, Schizophrenia Bulletin, Vol. 15, No. 4, 1989 ; A.V. Kabanov, V.P. Chekhonin, V. Yu. Alakhov, E.V. Batrakova, A.S. Lebedev, N.S. Melik-Nubarov, S.A. Arzhakov, A.V. Levashov, G.V. Morozov, E.S. Severin, V.A. Kabanov, *The neuroleptic activity of haldoperodol increases after its solubilization in surfactant micelles, Micelles as microcontainers for drugs targeting*, FEBS Letters, Volume 258, Issue 2, Décembre 1989, pp. 343-345.

conflit entre les partisans de l'ouverture et les durs comme le recteur de l'université de Brno qui était allé jusqu'à menacer publiquement les opposants de représailles » (403).

Première rencontre en son genre depuis une longue période, ayant aboutie à la reprise de contact entre des scientifiques n'ayant plus de langue commune (404), elle marque une volonté commune d'ouverture. Comme l'écrit Léon Chertok dans ses *Mémoires* :

C'était un signe un peu ambigu : les soviétiques avaient choisi de l'organiser dans un pays satellite, pas à Moscou, et ils étaient venus en force pour dénoncer l'idéalisme bourgeois des approches occidentales. Mais c'était un signe quand même : ils acceptaient de discuter avec des collègues occidentaux au lieu de les traiter de valets du capitalisme et de l'impérialisme américain. Les débuts du colloque ont été glaciaux. La plupart des Occidentaux étaient venus pleins de bonne volonté, prêts à reconnaître les convergences, et à tenter de construire les ponts entre les concepts. Mais ils se sont heurtés à un mur. Et c'était normal : les Russes savaient bien que le problème des théories pavloviennes est qu'elles n'ont pas de lien clair avec la pratique, avec la clinique. Le danger, pour eux, était d'accepter le *deal* auquel les Occidentaux étaient tout prêts : l'approche pavlovienne, "cortico-viscérale", correspondrait en fait à l'espoir qu'un jour biologie et psychologie convergeraient. Si les Russes acceptaient, ils étaient perdus [...] (329).

b) *La psychiatrie soviétique conviée aux congrès internationaux*

Lors du *III^e Congrès mondial de psychiatrie* de 1961 se tenant à Montréal, les soviétiques sont conviés par l'*Association Mondiale de Psychiatrie*. F. B. Bassin présente le point de vue soviétique de la conception du freudisme et propose un texte de comparaison entre Freud et Pavlov (22). Lors de ce congrès, Léon Chertok introduit Snejnevski auprès d'Henri Ey dans le but de faire entrer les psychiatres soviétiques au sein de l'*Association internationale de psychiatrie*, adhésion qui sera effective quelques années plus tard (329).

Au IV^e Congrès mondial de psychiatrie, organisé à Madrid en 1966 par le Pr Juan-José Lopez Ibor (1906-1999) (405), une délégation officielle de l'*Association soviétique des psychiatres et "narcologistes"*¹¹² - première délégation officielle venant d'U.R.S.S. en Espagne franquiste (406) (406) - participe aux débats lors du *symposium* "Psychiatrie de l'Est/Psychiatrie de l'Ouest", intitulé *Concepts psychiatriques : Est et Ouest. Différences et accords entre l'Est et l'Ouest en matière d'étiologie et de traitement des troubles du comportement* (165). Le Pr Andreï Snejnevski est nommé "co-chairman" du *symposium* en compagnie du Pr Jules H. Masserman de Chicago.

La communication de Snejnevski n'attire alors guère l'attention des congressistes ; elle porte sur la question de la classification soviétique des formes schizophréniques, évoquant la notion de "schizophrénie latente" (405). Snejnevski, à partir d'une étude incluant plus de 5 000 sujets sur une période étendue, propose de baser la classification de la schizophrénie en fonction de critères évolutifs : psychoses paranoïdes, hétérophrénie à développement continu, schizophrénie latente ou lente, à l'évolution latente (*sluggish course*) (165).

Lors de ce congrès madrilène, le Pr G. Morozov et I. P. Anokhina évoquent leurs recherches sur les structures réticulaires chez les patients schizophrènes (148), tandis que Marat E. Vartanian, de l'*Institut de l'Académie des Sciences médicales*, présente une étude portant sur les perturbations immunologiques et biochimiques observées dans la schizophrénie (165).

La question des dérives de la psychiatrie en Union soviétique ne se pose pas alors ; ce sera plus tard, après les alertes reçues en Occident, que les psychiatres réunis en Congrès vont se pencher sur le problème.

Le Congrès de 1966 est marqué par une évolution politique qui impactera fortement les prochaines réunions : les statuts de l'*Association mondiale de psychiatrie* sont modifiés, attribuant à chaque société un nombre proportionnel au nombre de ses membres, donnant *de facto* le contrôle à l'Association américaine, de loin la plus nombreuse (165).

¹¹² En U.R.S.S., la narcologie est l'équivalent de l'addictologie occidentale.

2. Les alertes

a) *La salle 7*

La première publication relevant l'utilisation de la psychiatrie punitive en U.R.S.S. paraît en Occident en 1965 : il s'agit d'un roman, *Ward 7*¹¹³, de l'ukrainien Valrey Tarsis. Traduit en français en 1966 (407), il s'agit d'un roman quasi autobiographique exposant la persécution psychiatrique, l'incarcération et la torture d'un écrivain critique du système soviétique. Tarsis écrit :

La salle 7 était une sorte d'Arche de Noé où toutes les espèces étaient représentées. Elles appartenaient en gros à trois groupes principaux : premièrement, les suicides ratés, classés comme fous parce qu'on supposait que, pour être mécontent du paradis socialiste, il faut être fou. [...]. Le groupe suivant, par ordre d'importance, était celui des "Américains", les gens autrement dit qui avaient tenté de prendre contact avec une ambassade étrangère ou avec les touristes du monde libre. Les plus audacieux avaient exprimé le désir d'émigrer. Il y avait enfin une catégorie de jeunes gens moins clairement définie ; c'étaient ceux qui n'avaient pas réussi à trouver leur place dans la société et qui en rejetaient les normes. [...] Il n'y avait en fait ni malades ni médecins, seulement des geôliers chargés de citoyens encombrants (407).

Ce roman, dans le contexte de la Guerre froide, n'entraîne pas protestations significatives en Occident alors que la réalité de l'U.R.S.S. est encore bien méconnue.

¹¹³ Le titre est un hommage direct à la nouvelle d'Anton Tchekhov, *La Salle n°6* (1892).

b) *Les alertes des dissidents*

Les horreurs de la psychiatisation politique soviétique sont peu à peu découvertes à l'étranger, principalement par l'intermédiaire des témoignages de dissidents passés par le système asilaire punitif.

Vladimir Boukovsky, libéré en janvier 1970, trompant la vigilance des mouchards chargés de le surveiller, prend contact avec une équipe de journalistes américains de la C.B.S. et leur accorde une interview dans une forêt des alentours de Moscou :

Il n'y a pas de destin plus atroce pour une personne saine d'esprit que l'internement forcé dans un hôpital psychiatrique. [...] Je comprends la difficulté de prononcer un diagnostic en l'absence du patient, sans pouvoir disposer des données cliniques indispensables, au sujet de son équilibre mental. Je vous demande donc seulement de nous communiquer votre opinion sur les points suivants : les internements dont voici les dossiers ci-joints peuvent-ils justifier, indépendamment des diagnostics des psychiatres, l'isolement total des prévenus en question et leur séparation implacable du monde des vivants, même des plus proches ? Je vous serais infiniment reconnaissant d'attirer sur ce pont l'intérêt de vos collègues et de le mettre à l'ordre du jour lors du congrès mondial des psychiatres qui aura lieu au Mexique, vers la fin de l'année. Je crois fermement que ces problèmes ne vous laisseront pas indifférents et que vous leur consacrerez une partie de votre temps, de même que les physiciens trouvent du temps pour combattre l'exploitation de leurs découvertes au détriment de l'humanité (391).

En juin 1970, l'affaire Medvedev indigne à son tour le monde scientifique international¹¹⁴ ; les

¹¹⁴ Jauers Medvedev (1925-2018) est un biologiste soviétique engagé dans la critique contre le renouveau lyssenkiste dans le monde scientifique de la fin des années 1960. Son livre *Grandeur et chute de Lyssenko* reste un classique sur l'histoire du monde scientifique en U.R.S.S. sous Lyssenko. Medvedev est hospitalisé par voie civile au sein d'un hôpital psychiatrique. La pression exercée par le monde occidental permet sa libération rapide. Il raconte son expérience dans un livre, *Un cas de folie : comment en 1970 se débarrasser en URSS d'un intellectuel encombrant ou les avatars du KGB et de la psychiatrie soviétique*.

protestations fusent, les instances soviétiques sont inondées de télégrammes et de lettres de sommités scientifiques. De nombreux articles sur la situation paraissaient en France, en Angleterre et aux États-Unis. Soljenitsyne publie une lettre publique, *Voici comment nous vivons*, diffusée auprès de toute l'*intelligentsia* moscovite, mais également à l'étranger ; il souhaite informer le monde des dérives psychiatriques soviétiques :

Sans mandat d'arrêt, sans justification médicale, quatre policiers et deux médecins arrivent chez un homme bien portant les médecins déclarent qu'il est fou, le commandant de la police hurle : "Nous sommes chargés de faire respecter la loi ! Levez-vous !" Ils lui tordent les bras derrière le dos et l'emmènent à la maison de fous.

Cela peut arriver demain à n'importe lequel d'entre nous, et cela vient d'arriver à Jaurès A. Medvedev [...]. En raison même de la *diversité* de ses talents, on l'accuse d'être anormal, on dit qu'il est atteint de "dédoublement de la personnalité". Sa sensibilité à l'injustice, à la bêtise, on la présente comme une "dérivation morbide", "une mauvaise adaptation au milieu social". Apparemment, abriter dans sa tête des pensées autres que celles qui sont prescrites signifie qu'on est anormal. Les gens bien portants pensent tous de même. Et il n'y a aucun moyen de corriger cet état de choses. Même les appels de nos plus grands savants et écrivains ne servent à rien. C'est comme parler à un mur.

Si seulement cette affaire était la première ! Mais elle est à la mode, cette manière de régler les comptes, sans prétendre accuser de quelque faute que ce soit, quand on a honte de donner ses véritables motifs. Certaines victimes sont bien connues, d'autres restent dans l'obscurité. Des psychiatres serviles, qui renient le serment d'Hippocrate qu'ils ont prêté et qui sont capables de dire que s'intéresser à des problèmes sociaux, c'est faire preuve de "maladie mentale", peuvent déclarer qu'un homme est fou simplement parce qu'il est trop passionné, ou parce qu'il est trop calme, ou en raison de ses talents, ou parce qu'il en manque.

Pourtant, la simple prudence devrait leur conseiller de s'abstenir.

Après tout, on n'a même pas levé le doigt contre Tchaadaïv, mais nous n'avons pas cessé de maudire pendant un siècle ses persécuteurs. Il est temps de se rendre compte que l'emprisonnement de personnes saines d'esprit dans des maisons de fous, sous prétexte qu'elles ont leurs propres opinions, est un meurtre spirituel, une variante des chambres à gaz et même plus cruel : le condamné souffre des tourments plus prolongés et plus inutiles. Comme les chambres à gaz, ces crimes ne seront jamais oubliés, et ceux qui s'en sont rendus coupables seront de tout temps condamnés, pendant leur vie et après leur vie, et ne bénéficieront d'aucune remise de peine.

Dans l'illégalité et la malfaisance, chacun doit toujours se rappeler qu'il existe une frontière au-delà de laquelle un homme devient un cannibale.

C'est un pauvre calcul que de croire qu'il est possible de faire toujours confiance à la force et constamment mépriser la protestation des consciences.

A. Soljenitsyne

15 juin 1970 (240)

En juillet 1970 le dissident Victor Feinberg, arrêté avec Natalia Gorbanveskaïa pour avoir organisé une manifestation sur la place Rouge après l'invasion des chars en Tchécoslovaquie (408), alerte à son tour l'O.N.U. de la situation (386).

3. Débats scientifiques/Débats politiques

a) *Le Congrès mondial de Mexico (1971) : premiers remous*

Lors du *Congrès mondial de psychiatrie* de 1971, se déroulant à Mexico, les psychiatres occidentaux sont interpellés par la lettre ouverte (386) de Vladimir Boukovsky¹¹⁵, dénonçant la funeste dérive de la psychiatrie soviétique, lettre complétée de documents médicaux et judiciaires.

¹¹⁵ Boukovsky avait adressé sa lettre plus particulièrement à la Société mondiale de la Santé mentale, aux docteurs N. Hirt du Canada, Karl Menninger des U.S.A., Ruitenberg de Hollande et Richert d'Angleterre. (cf. Vladimir Boukovsky, *Une nouvelle maladie mentale en URSS : L'opposition*, combats, Éditions du Seuil, 1971, p. 24).

De France, Henri Ey, qui n'a pu se rendre au Mexique, en appelle aux responsables des quatre sociétés affiliées à l'*Association Internationale de Psychiatrie*¹¹⁶ afin qu'elles proposent une résolution commune qui dénoncerait, à la fois :

le danger d'une antipsychiatrie qui se veut anti-médicale et le danger d'une exploitation politique des concepts et des institutions psychiatriques, et se prononcer pour une action pleinement et exclusivement thérapeutique de la psychiatrie, dont le seul but ne peut être que la guérison des malades (369).

b) *Défense de la délégation soviétique*

La délégation soviétique au Congrès de Mexico, composée de quatorze membres, dont le Pr Snejnevski, n'entend pas voir la réunion dégénérer en tribune contre la psychiatrie russe. S'adressant à cinq milles de ses confrères, Snejnevski prononce un discours sans ambiguïté aucune : l'U.R.S.S. n'acceptera pas l'ouverture d'un débat sur la question.

Toute tentative de proclamer une motion, déclare-t-il, qui, de façon directe ou indirecte, viserait l'Union soviétique, serait interprétée par son gouvernement comme une relance de la "guerre froide", à base de mensonges et de calomnies (391).

Le Dr Marat Vartanyan, également membre de la délégation, sollicité par des journalistes étrangers répond avec aplomb :

qu'en U.R.S.S. jamais personne sain d'esprit n'a été interné dans un hôpital psychiatrique. La nature de notre système est telle, que ce serait absolument impossible (391).

¹¹⁶ *L'Évolution psychiatrique*, la *Société de psychanalyse de Paris*, la *Société Médico-psychologique* et la *Société française de psychopathologie*.

c) *Échec de l'offensive*

Malgré la forte pression, quelques initiatives tentent de faire basculer le Congrès ; outre une pétition adressée à M. Podogryny, Président du *Soviet suprême*, qui tourne afin de récolter des signatures ¹¹⁷, le Dr Ramon de la Fuente, président de l'*Académie de Médecine mexicaine* et président du *Congrès international*, monte à la tribune pour le discours d'inauguration. Il déclare que le Bureau du Congrès est :

en possession de nombreux documents, dûment signés et pourvus de sérieuses références, qui dénoncent le mésusage asservi à des fins politiques ou idéologiques dans certains pays du monde. Si nous passons sous silence ces abus, nous chargerons nos consciences d'un poids intolérable [...]. Il est urgent que la science et les lois contrôlent l'usage des drogues qui agissent sur le cerveau. L'avenir de l'humanité en dépend. Il se peut que ce problème ne soit aujourd'hui que la pointe d'un iceberg qui émerge à peine des profondeurs, mais dont la masse plonge sous la surface repérable. Les drogues d'aujourd'hui comme celles de demain ne sont ni bonnes ni mauvaises en soi, mais elles peuvent servir soit à améliorer la santé, soit à aliéner la liberté et à ruiner l'intelligence (391).

Ces rares initiatives ne portent toutefois pas leurs fruits. Le texte qu'Henri Ey avait préparé n'est pas validé par l'assemblée et est rejeté par l'*Association mondiale de psychiatrie* ; la question des abus n'est pas franchement posée sur la table. Le Dr Vartanyan est même élu secrétaire-associé du Congrès. « Mexico, regrette Jean Ayme, fut une occasion manquée » (409).

¹¹⁷ Le texte de la pétition est le suivant : « Le mésusage sans cesse grandissant des traitements psychiatriques en U.R.S.S. nous remplit d'inquiétude. Nous dénonçons l'immense danger potentiel pour toute l'humanité d'un système qui réduit et brise les opposants idéologiques ou politiques non violents, en leur appliquant des traitements psychiatriques dangereux pour l'intégrité de la personne. Ces méthodes consistent dans le mésusage de la médecine par un personnel médical dépravé et asservi. Du coup, elles portent atteinte à l'humanité toute entière. Nous déclarons que le principe éthique fondamental : "un médecin n'a pas le droit de nuire" ainsi que les principes de l'organisation mondiale de la santé et de la section des Droits de l'homme à l'O.N.U. constituent une valeur absolue. Ces principes doivent dominer tous les calculs politiques et policiers et tous les régimes politiques, où que ce soit. C'est pourquoi, nous réprovoons avec une sévérité extrême tout abus dans l'application des drogues et des narcotiques par le corps médical et auxiliaire des établissements psychiatriques, ainsi que tout traitement qui lèse la santé des patients, toute pression psychologique et physique ayant pour fin de terroriser et de "déshumaniser" qui que ce soit et où que ce soit, pour délit d'opinion ou opposition non violente » (cité par André Martin, *Boukovsky « le contestataire »*, Éditions Albatros, 1974, p. 143).

L'Assemblée générale du Congrès refuse de prendre position sur la question et, préférant décaler le problème, est décidé, en accord avec la délégation soviétique, de l'organisation en 1973 de la tenue d'un *symposium* à Erevan (Arménie), traitant de la question de la schizophrénie, qui selon eux sera une :

réunion au plus haut niveau qui pourrait déboucher sur l'examen des patients (369).

Si ce Congrès marque la victoire, relative, des soviétiques, il est le point de départ d'une nouvelle époque : les psychiatres du monde entier ne peuvent plus jouer la carte de l'ignorance. De plus, en refusant que le problème soit posé publiquement, malgré l'utilisation de termes encore flous, peu véhéments et non nominatifs (comme dans le discours de La Fuente), la psychiatrie soviétique s'expose à une attaque future plus directe.

B. En France

1. La psychiatrie soviétique et les réactions de la gauche française

a) La libération de la parole

Le débat sur l'utilisation de la psychiatrie punitive en U.R.S.S. connaît d'intéressantes répercussions en France. Alors que le P.C.F. est un parti d'importance de la V^{ème} République, les psychiatres français, particulièrement d'après-guerre, sont, pour une part non négligeable, proche ou adhérent du parti (369), dans une période où la ligne dictée par l'organisation ne souffre pas de contestation. La critique de la psychiatrie soviétique se pose alors sur le plan du combat idéologique et politique : pour ces psychiatres, la critiquer, c'est affaiblir *la cause*.

Les événements de mai 1968 viennent bouleverser cet équilibre ; comme l'écrit l'historien Jacques Juillard, « le fait nouveau de mai 68 c'est que la gauche se mit à exister hors des partis. Sortant des sièges nationaux, du Parlement, des isolements, elle se manifestait par de nouveaux comportements dans tous les secteurs de la société, envahissant les universités, les écoles, les familles, les Églises, le cinéma, en un mot, la vie quotidienne. Le maître mot de 68, celui de la contestation, qui n'existait guère dans le vocabulaire politique traditionnel, définit une attitude plus qu'une position précise. [...]. Désormais, beaucoup de citoyens [...] prennent l'habitude de

se déterminer, non par rapport aux mots d'ordre des partis, mais face à des problèmes qui les touchent personnellement. [...]. Ces mouvements sociaux mettent en jeu la sensibilité des individus autant, sinon plus, que leur capacité d'analyse ; mais il est de fait qu'après 68 la politique va changer de nature, parce que ce seront rarement les partis qui définiront les objectifs » (410). Une partie de l'extrême gauche se débarrasse de sa fidélité envers l'U.R.S.S..

Concomitamment à l'échec du Congrès de Mexico, le livre de Boukovsky, *Une nouvelle maladie mentale en URSS : L'opposition* (1971) est traduit en français par l'historien Jean-Jacques Marie ; comprenant des textes de dissidents racontant leur calvaire (Feinberg, Grigorenko, Gorbanveskaïa, Iakhimovitch, Borissov, Kouznetsov, Narista, Chimanov) et des expertises de l'*Institut Serbski*, le livre commence à faire du bruit dans le monde psychiatrique, et est à l'origine d'engagements particuliers.

Le psychiatre Jean Ayme publie dans *L'Évolution psychiatrique* (juin 1972) un article voulant mettre sur la table la question :

L'État peut dans chaque pays, tenter dans certaines circonstances historiques d'imposer aux psychiatres une conduite intolérable à leur conscience professionnelle [...]. Il nous faut rester vigilants, sans relâche, dénoncer les atteintes à nos libertés professionnelles. C'est en cela qu'exiger que toute la lumière soit faite sur les révélations de Vladimir Boukovsky c'est, par avance, assurer notre défense de psychiatres de service public (409).

En 1972, la condamnation à sept ans de camp et de trois ans d'exil du psychiatre ukrainien Gluzman pour avoir rédigé une contre-expertise contradictoire - sur dossier - dans le dossier de Piotr Grigorenko, accélère le mouvement d'indignation. En réaction, un *Comité des psychiatres contre les hôpitaux spéciaux* (411), qui deviendra par la suite le *Comité contre l'utilisation de la psychiatrie à des fins répressives*, est créé¹¹⁸. Le comité se donne pour mission de recueillir les témoignages et les données sur le dévoiement politique de la psychiatrie (409).

¹¹⁸ Plusieurs personnalités du monde psychiatrique français participent, dans un premier temps personnellement, puis dans un second temps avec l'accord de leurs organisations : Jean Ayme, secrétaire du syndicat des psychiatres des hôpitaux, Charles Brisset, du syndicat des psychiatres français, Gérard Blès, du syndicat des psychiatres privés, ainsi que les présidents successifs de *L'Évolution psychiatrique* Gaston Ferdière et Cyrille Koupernik. Le comité sera complété par Jean-Paul Descombey et Martine Leagy (cf. Jean Ayme, *L'utilisation de la psychiatrie comme instrument de répression politique en URSS et le combat mené par les psychiatres en France*, Sud/Nord, 2004/1 (n°19), p. 144). On pourra également se référer à l'article suivant pour plus de détails sur le Comité : Jean-Paul Descombey, *Jean Ayme dans le comité contre l'utilisation de la psychiatrie à des fins de répression politique en URSS*, *L'information psychiatrique*, 2011/7 (Volume 87), p. 607-609.

b) Stratégie du P.C.F. et critiques des psychiatres communistes

Si une grande partie des critiques de l'utilisation politique de la psychiatrie sont hostiles au communisme, certains membres et sympathisants du P.C.F. vont essayer d'alerter l'opinion sur la réalité des abus. Dans le *Nouvel Observateur* du 5 novembre 1973, Horace Torrussia et par Roger Gentis, deux psychiatres communistes, lancent un appel :

Nous pensons [...] qu'il serait très grave que sur le fond du problème, les médecins communistes français se cantonnent sur des positions ambiguës, voire dilatoires. L'attitude des psychiatres du parti, ou du moins de la plupart d'entre eux a été en quelque occasion regrettable. (Souvenez-vous du complot des blouses blanches) [...].

1) Indépendamment de ce qui se passe réellement en U.R.S.S., que les allégations soient fondées ou non [il s'agit de] condamner publiquement et sans restriction toute utilisation dans quelque contexte politique que ce soit de la psychiatrie à des fins policières.

2) [Il faut] que dans tous les pays, y compris les pays du bloc soviétique, soit envoyée une commission internationale d'enquête, comprenant des psychiatres et disposant des pouvoirs nécessaires pour que la lumière soit faite [...] (369).

Les psychiatres communistes profitent du changement de stratégie du P.C.F. pour s'engager dans la lutte contre l'utilisation politique de leur profession ; au cours des années 1970, Georges Marchais, après avoir renoncé au concept de "dictature du prolétariat", se lance dans la voie de l'eurocommunisme (1976), voie européenne et démocratique de l'avènement du socialisme, prenant ses distances avec l'ogre soviétique. Ce revirement s'explique en partie par la rude compétition pour l'hégémonie à gauche entre P.C.F. et P.S.. Mitterrand pose publiquement la question des libertés publiques, ce qui oblige le P.C.F. à contre-attaquer (410) : Pierre Juquin, membre du parti, le raconte dans ses *Mémoires* :

Nous sommes encore sous le coup des élections partielles de 1974. Paul Laurent me dit : sur les libertés nous avons besoin d'une mise au point et d'une avance plus nette. Peux-tu préparer un texte que le Bureau politique ferait adopter par le Comité

central ? Je compose un groupe restreint avec Guy Braibant, Conseiller d'État et professeur à l'*Institut d'Études politiques* de Paris, avec une philosophe Christine Buci-Glucksmann, un psychiatre original, Lucien Bonnafé qui fut ami des surréalistes et sauva la vie de Paul Eluard pendant l'Occupation, le chef du service juridique de la CGT Maurice Cohen, un sociologue, des avocats, les secrétaires de notre groupe parlementaire. Guy Braibant propose de reprendre la démarche de 89 et de rédiger une *Déclaration des libertés*. Nos parlementaires déposeraient ce texte devant l'Assemblée nationale comme proposition de loi [...] Nous ciselons 80 articles [...] Comme toujours nous posons des droits en les opposant à l'état des choses en France et dans le monde capitaliste, mais aussi à ce qui est haïssable dans le monde soviétique. Les communistes au pouvoir, nul opposant politique ne pourrait croupir en hôpital psychiatrique, ni Soljenitsyne être banni [...] Le 13 mai 1975, le texte est proposé au comité central qui l'adopte (412).

La fête de *l'Humanité* de 1975 est l'occasion pour les psychiatres communistes de clarifier leurs positions sur la question de la défense des libertés publiques. « Traditionnellement mobilisés sur la question de la garantie de la liberté individuelle depuis qu'existe la loi de 1838, écrit Danielle Papiou, et situés en première ligne dans la polémique concernant les utilisations liberticides de la psychiatrie en U.R.S.S., les psychiatres communistes sont directement en prise avec la préoccupation de la direction politique et intéressée par une prise de position institutionnelle. [...]. Le stand de la fédération de l'Essonne à la fête de *l'Humanité* de 1975 va être le théâtre de la mise scène quasi officielle de cette prise de distance avec le modèle » (369). Un débat est organisé à l'initiative de Lucien Bonnafé (1912-2003), auquel est convié Roger Gentis, défenseur de la psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban, Jean Ayme, secrétaire général du *Syndicat national des psychiatres des hôpitaux publics*, tous les deux membres du *Comité contre l'utilisation de la psychiatrie à des fins répressives*, ainsi que Eugène Baptist, secrétaire de la fédération C.G.T. de la santé et Jacques Laurens, responsable du syndicat des psychologues (369). Comme l'écrit D. Papiou, « après une telle initiative et le soutien de l'appareil qu'elle a mobilisé, les psychiatres communistes attendent que le terrain sur lequel ils ont joué les avant-gardes soit investi et légitimé par les clercs, mais "la direction du Parti prit appui sur eux pour marquer des distances à l'égard de l'URSS [...] En contrepartie, ainsi couverte

[elle] ne ressentit pas le besoin de pousser plus loin la réflexion sur les dimensions politiques et même philosophiques que révélait le scandale" (G. Belloin, *Mémoires*) des hôpitaux psychiatriques du K.G.B., d'autant plus qu'étaient en mouvement les mécanismes qui allaient conduire à l'abandon de la stratégie du programme commun et au retour d'allégeance envers les Soviétiques » (369).

2. L'engagement des psychiatres français contre l'utilisation politique de la psychiatrie

a) *L'Affaire Pliouchtch : la mobilisation*

L'affaire Pliouchtch cristallise une nouvelle fois les tensions : dans le journal *Le Monde* du 2 octobre 1975, neuf psychiatres du *Comité contre l'utilisation de la psychiatrie à des fins répressives*, soutenus par cent soixante-dix confrères, lancent un appel en faveur de la libération du mathématicien, point de départ d'une longue dispute. Le 25 octobre, à l'initiative du *Comité contre l'utilisation de la psychiatrie à des fins répressives* et du *Comité des mathématiciens*, est organisée une rencontre à la salle de la Mutualité à Paris, rencontre qui recevra le soutien de *Amnesty International* et de la *Ligue des droits de l'Homme*. Les jours qui suivent, des messages de soutien affluent de la part d'un haut responsable de la G.G.T., de Pierre Juquin alors éditorialiste de *L'Humanité*, de Robert Andrieu et de Georges Marchais. La campagne est un succès ; le 6 janvier 1976, Plioutchtch quitte l'hôpital de Dniepropetrovsk et arrive le 7 à Paris (409).

b) *Critiques de la critique : dérive totalitaire de la psychiatrie ou psychiatrie totalitaire par essence ?*

La polémique succède rapidement à la victoire : comme l'écrit Jean Ayme, « une fois de plus est brandie la bannière gauchiste déclarant toute psychiatrie répressive, l'exemple de l'U.R.S.S. n'étant qu'un cas particulier » (409).

Georges Daumezon (1912-1979), bien que ne participant pas au courant antipsychiatrique, réponds à ce sujet à ses confrères, considérant que dénoncer l'enfermement des opposants au sein des structures psychiatriques est une insulte envers les malades mentaux (369). L'enfermement est-il juste s'il s'agit de réels malades mentaux ? Pour lui, la campagne du

Comité :

tient à une disposition d'esprit qui est celle qui est à la base de la misère des malades mentaux, celle qui fait se refermer les portes sur « les vrais fous », et alors qu'une pratique générale dans tous les pays civilisés est de déterminer des non-lieux et d'interner des délinquants reconnus malades mentaux. Il convient de combattre un régime policier s'il existe, et non la psychiatrie (369).

Les signataires du premier texte de défense de Pliouchtch répondent à Daumzeon dans un article, *Psychiatrie et police politique*, dans lequel ils l'accusent « de solidarité de caste avec les psychiatres du KGB » (369). De son côté Roger Gentis, psychiatre, bien qu'engagé dans la lutte pour la libération, déclare que la psychiatrie :

est partout abusive, oppressive, policière, scandaleuse. Plus ou moins, mais quand même.

Merci aux professeurs Lunz, Morozov et Snejnevski. Merci quand même à ces sinistres Pieds-Niceklés de la psychiatrie. À ceux qui n'avaient pas compris, ils montrent clairement où conduit le règne des spécialistes, où aboutit une société technicienne qui prétend inclure les comportements dans le champ de la rationalité. L'Affaire Pliouchtch, caricature d'une psychiatrie moribonde, historiquement dépassée dans les pays occidentaux ? Nous voudrions bien le croire. Mais si c'était au contraire une préfiguration de l'avenir de la psychiatrie ? De son avenir ? (409)

Le Comité est également la cible de l'extrême gauche libertaire et de l'antipsychiatre ; Thomas Szasz (1920-2012), pour qui toute psychiatrie est par nature totalitaire, affirme qu'il est par absurde de critiquer la dérive de ce qui en fonde en réalité le principe (413).

Henri Ey, affirmant qu'il convient de « séparer idéologie politique et psychiatrie » (369) va tenter de proposer une position strictement médicale et apolitique, condamnant également la dérive soviétique que l'antipsychiatrie. Il fait sienne :

la condamnation de principe de tout abus des concepts et des institutions psychiatriques à des fins politiques ou policières. Il convient d'affirmer [...] que la maladie mentale (psychose ou névrose) ne peut se définir que par référence à une modalité

pathologique de l'activité psychique [...] Les thèses antipsychiatriques sont mobilisées contre les abus faits de la notion de maladie mentale, puisqu'elles affirment qu'il n'y a pas de maladie mentale, que ce qu'on appelle ainsi n'est qu'un mythe destiné à enfermer les non-conformistes et les déviants (369).

Lucien Bonnafé, dans une déclaration commune avec Cyril Kourpernik, prend la parole pour le P.C.F., dans une direction autorisée par l'indépendance relative offerte par la voie de l'eurocommunisme :

Compte tenu de l'impact universel des problèmes posés par les imputations d'usage de la psychiatrie à des fins antinomiques de celles pourquoi nous combattons, et en l'absence de réponses satisfaisantes aux questions posées, le silence n'est plus possible [...]. [Il s'agit de s'élever contre] des procédures amenant au placement d'un citoyen dans un hôpital spécial relevant du ministère de l'Intérieur, contre les traitements chimiques ou psychologiques appliqués dans de telles conditions [tout en reconnaissant] à chaque membre de la société professionnelle d'affronter selon sa conscience, les incidences politiques d'une telle situation (369).

Comme l'écrit Danielle Papiou, « le capital politique de Bonnafé est une fois de plus à l'œuvre. Il rompt l'isolement des communistes au sein du champ, tout en préservant la distinction pratique psychiatrique/ système social » (369). Dans *Le Monde*, Charles Brisset se félicite de ce changement de positionnement de la part de ces confrères communistes :

Si heurtés qu'ils aient été à titre personnel, par la révélation de telles pratiques, les psychiatres communistes hésitaient à s'engager dans une action qu'ils craignaient de voir « récupérée » par des forces anti- communistes ou antisoviétiques. Mais que l'engagement du P.C. dans la lutte entreprise pour la libération de Pliouchtch a mis fin à ces atermoiements (369).

En Occident, la condamnation de la psychiatrie punitive soviétique à Honolulu est à l'origine d'un vent de critiques de la part de l'antipsychiatrie : condamner la psychiatrie soviétique c'est passer à côté du problème. C'est la psychiatrie dans son ensemble qui est répressive et non seulement celle réalisée à l'Est, qui n'est qu'une funeste caricature. Si les psychiatres

communistes sont pris dans le jeu des partis, entre condamnation et lutte contre l'anti-soviétisme, c'est principalement dans l'extrême gauche maoïste et dans les courants gauchistes que les critiques fusent. Chef de file de l'antipsychiatrie anglaise, David Cooper dénonce dans son petit livre *Qui sont les dissidents ?* (414) « l'imposture » du congrès d'Honolulu¹¹⁹. Il reproche aux psychiatres occidentaux de s'inquiéter du sort des dissidents soviétiques alors que, selon lui, « des centaines de milliers de gens à l'Ouest sont soumis à une invalidation sociale » (414) :

Léonid Pliouchtch fut enfermé et torturé par des méthodes psychiatriques [...] par une série de comas à l'insuline, à l'halopéridol... Et voici que les psychiatres des pays capitalistes, anglo-américains en tête, qui utilisent quotidiennement ces procédés et bien d'autres encore, à une échelle expérimentale qui s'étend sur des millions d'êtres humains [...] ces psychiatres qui n'ont pas hésité à mettre leurs compétences cliniques et chirurgicales au service de la prévention de toute rébellion dans les ghettos d'Amérique du Nord, comme de la répression des guérilleros en Amérique latine, ces psychiatres dont « la science » est contestée depuis plus de dix ans par tout ce qui est progressiste dans leurs rangs, trouvent à détourner les coups, et à refaire l'unité de la corporation (gauchistes compris) pour se présenter en défenseurs de la liberté et des droits de l'homme, contre ceux qui, en Union soviétique, sont au sens le plus fort du terme, leurs collègues (414).

L'althusserien Dominique Lecourt, reprend les critiques de Cooper ; pour lui, la dissidence soviétique :

c'est d'abord une réalité nouvelle de la lutte des classes en U.R.S.S. et dans les formations sociales de type soviétique : la constitution et la reproduction régulière d'une fraction non conformiste de l'intelligentsia [...] qui court-circuite les moyens officiels de communication et de diffusion pour exprimer leur refus des règles du jeu idéologique et politique auxquelles continue de se soumettre l'écrasante majorité des intellectuels de

¹¹⁹ Comme on le verra, c'est au cours du Congrès d'Honolulu (1977) que les dérives répressives de la psychiatrie sont condamnées par *l'Association mondiale de psychiatrie*.

leur pays. [...].

La dissidence est aussi devenue une réalité d'une tout autre nature : le thème central à l'Ouest d'une mobilisation idéologique de grand style [...]. Après le Vietnam, les révoltes de 68, la subversion contre le gouvernement Allende et la terreur sanglante qui a suivi, après l'assassinat de Kennedy et le Watergate, avec le marasme économique de millions de chômeurs, l'image et les valeurs du capitalisme étaient en crise. La croisade en faveur des libertés, inscrite dans la catégorie du totalitarisme est l'instrument de la véritable résurrection idéologique, offensive d'un système qui, après avoir précipité dans la mort et la désolation des millions d'hommes pour surmonter ses contradictions et prendre un nouvel essor, a pu mettre à profit les tragiques impasses du mouvement communiste, et a su se présenter [...] en champion de la liberté des peuples (369).

En France, Bernard Chouraqui, nouvellement élu au poste de secrétaire général du *Syndicat de la Psychiatrie*, refuse également de se réjouir de la condamnation d'Honolulu :

On a moins parlé des rencontres de Trieste organisées par *psicatrice democratica* que du 6e congrès international d'Honolulu. Pourtant à Trieste, 6000 travailleurs de la santé mentale avec les administrateurs responsables débattaient pour vider les hôpitaux. Nous n'avons pas voulu nous joindre aux vœux pieux d'Honolulu pour de plus grandes libertés dans le monde pour tous les opprimés et les miséreux. Nous n'avons pas voulu nous joindre à nos confrères réunis là-bas, car nous étions persuadés de rencontrer en rentrant des « îles océanes » la même réalité et les mêmes pratiques en France. Quoi de plus en U.R.S.S. qu'en France, s'agissant de l'internement ou de l'éradication de toute contestation de l'ordre établi ? Bien que l'URSS se soit plutôt présentée à cette occasion comme une caricature, il nous semble plus que jamais [...] que le goulag ne se limite pas à l'Archipel, ni aux seuls pays incriminés (369).

C. *Rencontres Est-Ouest*

1. Tentatives de dialogue

a) *Le symposium d'Erevan (1973)*

Comme convenu lors du *Congrès mondial* de Mexico, une rencontre est organisée à Erevan en 1973. Deux psychiatres américains sont autorisés à rencontrer le général Grigorenko afin de s'entretenir avec lui. Ce dernier refuse de se rendre à l'examen sans sa femme qui puisse assurer la traduction, acte qui peut passer pour les observateurs étrangers comme étant une attitude paranoïaque - ou empreint de lucidité politique ? - (369). « Erevan en 1973 devient le lieu d'une bataille d'experts que les Occidentaux ne maîtrisent pas. [...] Coincés dans les représentations d'un système d'expertise lié à la nosologie traditionnelle et au Code pénal les occidentaux constate qu'il faudrait parler russe, s'accompagner d'experts juridiques russes et avoir des entretiens personnels pour aboutir à un diagnostic contradictoire sérieux » (369). Concluant le *symposium*, les experts occidentaux rapportent que :

En U.R.S.S. un individu peut être condamné et interné de force dans un asile psychiatrique dans des cas qui auraient eu un autre dénouement aux U.S.A. Les psychiatres soviétiques agissent conformément à un ensemble de procédures prévues. Notre système est plus appréciable avec ses nombreuses lois de régulation (369).

Furieux de ces retours timorés, le 23 octobre 1973, Henri Ey remet à D. Leigh sa démission de *l'Association Mondiale de Psychiatrie* :

cet organisme que j'avais fondé et qui ne me paraît plus digne d'exercer ses hautes responsabilités (369).

Ey envoie également le communiqué suivant au *Figaro* :

Le Docteur Henri Ey, ancien secrétaire général de l'*Association mondiale de la psychiatrie*, nous prie de rendre publique sa démission de cet organisme, au moment où l'épouse de Sakharov paraît menacée d'internement dans un hôpital psychiatrique spécial, et où le procès du mathématicien Chikhanovitch semble devoir se tenir (369).

b) Tentatives de dialogues avortées

Dans son article, *Psychiatry in the Soviet Union* paru dans le *British Medical Journal* (9 mars 1974), le professeur anglais J.K. Wing tente de proposer une synthèse objective sur la psychiatrie soviétique et n'hésite pas à relever les points intéressants de l'organisation des soins. Il souligne toutefois les problèmes que rencontre la médecine légale russe, qu'il impute principalement aux divergences conceptuelles et nosologiques. Pour lui, les dissidents n'auraient pas été diagnostiqués schizophrènes par la psychiatrie occidentale ; il s'adresse à ses confrères soviétiques pour leur proposer de travailler ensemble, dépassant les clivages politiques :

Ma pensée personnelle est que, tant que nos différences sur ces questions peuvent être examinées et discutées, la discussion entre les psychiatres britanniques et soviétiques doit continuer. Les médecins ne sont pas susceptibles d'apporter des changements dans le système politique, ils ne devraient pas non plus s'attendre à le faire, mais ils peuvent tenter d'influencer leurs pratiques mutuelles de leur sphère professionnelle (276).

La réponse ne tarde pas. Le Pr Georgi Morozov, de l'*Institut Serbski*, fait publier un droit de réponse 4 mois plus tard dans le même journal. Il défend rigoureusement la ligne de la psychiatrie soviétique ainsi que la caution scientifique de ses travaux (415).

2. La réaction soviétique et l'organisation intérieure

a) Organisation de la propagande

La pression exercée sur le gouvernement soviétique porte progressivement ses fruits ; les autorités hésitent de plus en plus à user de la psychiatrie, craignant de nouvelles affaires éclaboussant le prestige de l'U.R.S.S.. Ainsi, en 1974, le lieutenant général Bobkhov, chef de la cinquième section du K.G.B. recule devant les conséquences que pourraient créer la répression d'Andreï Sakharov, prix Nobel de la paix, inventeur des armes nucléaires soviétiques devenu dissident :

Sakharov est objectivement un malade mental. La complication en ce qui concerne les conséquences opérationnelles réside dans le fait que, pour des raisons politiques, il ne peut être interné dans un hôpital psychiatrique, car il deviendrait un martyr (333).

Toutefois, dans les hautes sphères du pouvoir, le ralentissement des pratiques abusives et la libération des prisonniers ne connaissent pas de défenseurs. En 1976, Iouri Andropov, alors chef du K.G.B., fait passer une note secrète démontrant son inquiétude :

Des éléments récents prouvent que la campagne revêt le caractère d'une action antisoviétique soigneusement orchestrée [...]. À présent, les initiateurs de la campagne essaient d'amener des organisations psychiatriques internationales et nationales aussi bien que des spécialistes d'excellentes réputations à créer un "comité" destiné à surveiller l'activité des psychiatres dans divers pays, par-dessus tout en U.R.S.S. [...] Le *Royal College of Psychiatrists*, en Grande-Bretagne, qui est sous influence d'éléments sionistes, joue un rôle actif dans l'entretien de cette atmosphère antisoviétique (374).

En réponse à cette note, le ministre de la Santé soviétique propose de lancer une grande campagne de propagande afin de préparer le prochain *Congrès* de l'A.M.P.. Le pouvoir soviétique prévoit également de faire rédiger par des scientifiques des réponses théoriques aux attaques occidentales ; ils souhaitent aussi rechercher des psychiatres occidentaux "progressistes" disposés à les soutenir.

Le ministère de la Santé d'U.R.S.S. effectue un travail de dépistage des grands psychiatres progressistes des États-Unis, d'Angleterre, de France et d'autres pays capitalistes, assortis de leur invitation en U.R.S.S. pour y participer à des conférences et des colloques et se familiariser avec les réalisations de l'assistance psychiatrique dans notre pays. L'objectif est d'utiliser leurs déclarations positives pour notre travail de propagande à l'étranger. [...]. Le ministère de la Santé et le ministère de l'Intérieur de l'U.R.S.S. ont organisé des inspections des hôpitaux spécialisés où se pratique l'internement coercitif des personnes

affectées de maladies mentales afin d'améliorer l'assistance médicale de cette catégorie de patients. Cela dans l'intention, si besoin était, de réaliser une visite par des spécialistes étrangers de certains de ces établissements hospitaliers (385).

Ces tentatives ne restent pas sans résultats ; certains psychiatres étrangers, comme le psychiatre et parlementaire socialiste portugais, le Dr A. Fernandez da Fonseca, alertent les autorités soviétiques sur le fait que certains confrères souhaitaient utiliser le prochain *Congrès mondial de psychiatrie* comme une tribune antisoviétique. Le parlementaire soviétique I. Joukov, informé par Fernandez da Fonseca, transmet l'information au Comité central :

A. Fernandez da Fonseca a souligné que ce qu'il faut actuellement, ce ne sont pas des déclarations générales de caractère politique démontrant l'absurdité des accusations américaines, mais des matériaux scientifiques concrets : diagnostics et comptes rendus de traitement de gens comme Pliouchtch, Boukovsky et d'autres, qu'on fait passer pour des "victimes innocentes" (385).

Chaque année le *Comité central* rédige un plan des mesures visant à démasquer la campagne de calomnie antisoviétique à propos des prétendus "abus politiques" de la psychiatrie, et souhaite utiliser tous les moyens à dispositions : presse, télévision, diplomatie, etc. (385)

b) La commission de travail : l'organisation intérieure contre la psychiatrisation punitive (1977)

Le 5 janvier 1977, une commission de travail (*Working Commission to Investigate the Use of Psychiatry for Political Purposes*) est constituée à Moscou sous l'impulsion du journaliste russe Alexander Podrabinek (331) ; l'objectif de la commission est d'enquêter sur les cas de psychiatrisation de dissidents et de rapporter en détail le traitement juridique et psychiatrique de ces derniers.



Figure 55 : Alexander Pinkhosovich Podrabinek (1953-)

La commission mène, à ses risques et périls, ses propres examens indépendants des cas présumés d'abus psychiatriques. Comme l'écrit Sidney Bloch, « la Commission de travail, comme beaucoup d'autres groupes de défense des droits de l'homme, pose un problème majeur au régime soviétique qui est à la fois menacé et embarrassé par ses activités et son influence potentielle sur les soviétiques ordinaires. [...]. La Commission est une épine dans le pied du régime en raison de sa grande efficacité à déterrer les cas d'abus psychiatriques et à les porter à l'attention de l'Occident » (416).

Membre de la commission, le psychiatre Alexander Voloshanovich rédige 40 évaluations de dissidents craignant l'internement entre 1977 et 1978 avant de devoir émigrer (417). Au cours des trois années suivantes, son successeur, le Dr Anatoly Koryagin effectue 16 expertises supplémentaires. Ces rapports sont utilisés comme moyens de défense ; si les dissidents expertisés sont hospitalisés, la commission peut prouver qu'il s'agissait de mesures non médicales, mais répressives.

En avril 1978, le psychiatre anglais Gerhard Low-Beer (1923-2011) se rend en U.R.S.S. (418) ; aidant la commission de travail, il examine à son tour 9 cas de dissidents craignant un futur internement ; certains ayant déjà été psychiatisés : bien que retrouvant chez 4 d'entre eux des manifestations psychiatriques légères, il souligne qu'en aucun cas une hospitalisation ne soit justifiée. À son retour en Angleterre, Low-Beer organise une conférence publique pour relater cette expérience et dans laquelle il demande un engagement plus important de la *World Psychiatric Association* contre les abus soviétiques (418).

De son côté, la commission de travail poursuit son œuvre et rassemble le maximum d'informations sur le sujet : au total, c'est 1500 pages de documentation qui sont publiées en samizdat tandis que des rapports sont envoyés aux autorités soviétiques pour demander de vérifier les données et d'informer la commission d'éventuelles erreurs. Ces rapports sont également transmis en Occident, où ils seront utilisés par les défenseurs des droits de l'homme.

La version C.I.M. 8 (1965) décrira la Schizophrénie 295 (*Schizophrenia*) avec également comme sous-catégorie la schizophrénie latente 295.5.

295.5 Schizophrénie latente
État résiduel schizophrénique (421).

***c) La révision de la C.I.M. de 1975 dans le contexte de la
psychiatrie punitive***

La nouvelle révision de la C.I.M. débute en 1975 dans un contexte psychiatrique international en ébullition après les révélations récentes d'utilisation punitive de la psychiatrie. Adoptée par la *Vingt-neuvième Assemblée mondiale de la Santé* (3-21 mai 1976), la *Classification internationale des Maladies* (C.I.M. 9) de l'O.M.S. propose, dans le chapitre V. "Troubles mentaux" de la 9^e édition, une définition des psychoses schizophréniques acceptables pour l'ensemble des États membres (165).

La définition de la catégorie 295, psychoses schizophréniques, est dans la droite ligne des travaux de Bleuler : considérant cette pathologie comme un groupe de plusieurs psychoses, elle est décrite comme ayant une symptomatologie variée, pouvant toucher plusieurs sphères : personnalité, perception, pensée, humeur et conduite. Il s'agit, précise la C.I.M. 9 :

d'un groupe de psychoses caractérisées par un trouble fondamental de la personnalité, une altération typique de la pensée, ou sentiment fréquent d'être commandé par des forces étrangères, des idées délirantes qui peuvent être bizarres, des troubles de la perception, une affectivité anormale, sans rapport avec la situation actuelle. [...]. La conscience et les facultés intellectuelles sont conservées (422).

La C.I.M. 9 décrit diverses formes de schizophrénies, tels la schizophrénie de type simple 295.0, la schizophrénie hébéphrénique 295.1, la schizophrénie catatonique 295.2, la schizophrénie paranoïde 295.3, l'épisode schizophrénique aigu 295.4, etc.

C'est le code 295.5 qui, ici, nous intéresse : l'O.M.S. propose, avec des réserves toutefois, la

description de la schizophrénie latente, diagnostic qui trouve de nouveau sa place dans la classification internationale. Devant les remous initiés par les débats sur l'utilisation politique et répressive de la psychiatrie soviétique, les auteurs du C.I.M. 9 ont inséré un texte explicatif :

295.5 Schizophrénie latente

Il n'est pas possible de donner une description généralement acceptable pour ce diagnostic. Son utilisation n'est pas recommandée, mais la description suivante est fournie pour ceux qui croient à son utilité. Cette forme est caractérisée par un comportement excentrique ou illogique avec des anomalies affectives ce qui fait penser à la schizophrénie, bien qu'il n'existe aucun symptôme typique de la schizophrénie dans le présent ou dans le passé (422).

Cette définition est une concession d'importance ; l'O.M.S. valide un diagnostic toute en affirmant qu'elle ne peut en fournir une définition adéquate. À la suite, les experts de l'O.M.S. proposent un nouveau compromis qui rend le diagnostic encore plus flou, en affirmant que :

Les termes suivants indiquent que sous cette rubrique doivent être classées un certain nombre d'autres formes de schizophrénie mal définies.

Réaction schizophrénique latente

Schizophrénie :

délirante

limite

Schizophrénie :

prépsychotique

pseudo-névrotique

pseudo-psychopathique

À l'exclusion de : personnalité schizoïde (301.2) (422).

Selon Jean Garrabé, la liste citée comprend des dénominations pourtant bien définies, dénominations qu'il s'agit de bien différencier de la schizophrénie latente : il s'agit de termes désignant la pathologie désignée de nos jours comme étant les "états limites", non encore présents dans la C.I.M. 9., alors que la classification différencie nettement la schizophrénie latente de la personnalité schizoïde (301.2) (165).

Comme l'écrit Jean Garrabé, « telle est donc la position très ambiguë qu'avaient [...] les experts de l'*Organisation mondiale de la santé* vis-à-vis de la schizophrénie latente. Ce compromis diplomatique permet aux rares défenseurs moscovites qui lui restent encore de soutenir qu'elle correspond à des états pathologiques reconnus en Occident » (165).

D. Le Congrès mondial de psychiatrie d'Honolulu (1977)

1. L'organisation du congrès sous pression

En août 1977 se tient à Honolulu le VI^e *Congrès mondial de psychiatrie* ; la pression médiatique avant l'événement est énorme. Les membres des différents comités de soutien se mobilisent, tandis que de leur côté, les soviétiques se plaignent de l'instrumentalisation de l'affaire à visée de propagande antisoviétique et pro-occidentale, en témoigne cette résolution signée par Andropov au C.C. du P.C.U.S. :

Dans plusieurs pays occidentaux, on voit s'intensifier une campagne antisoviétique, assortie d'élucubrations grossières, sur l'utilisation de la psychiatrie en U.R.S.S., soi-disant comme arme politique dans la lutte contre les mal-pensants. Les centres idéologiques et les services spéciaux de l'adversaire y engagent amplement les médias, utilisent les tribunes des forums scientifiques, inspirent des « manifestations » et des « protestations » antisoviétiques [...]. Les derniers renseignements attestent que cette campagne a le caractère d'une action antisoviétique délibérée. Les organisateurs de ces déclarations calomnieuses, à ce qu'on voit, s'efforcent de préparer l'opinion publique à une condamnation officielle de « l'abus de la psychiatrie en U.R.S.S. » lors du prochain Congrès mondial des psychiatres (Honolulu, États-Unis) en août 1977, espérant produire une résonance négative à la veille de la célébration du 60^e anniversaire de la grande révolution socialiste d'Octobre.

Dans l'intensification des sentiments antisoviétiques, un rôle important revient au Collège royal de psychiatrie de Grande-Bretagne, qui se trouve contrôlé par des éléments prosoviétiques.

Lors de son congrès de 1976, il a pris la décision de s'adresser aux participants du VIe Congrès mondial de psychiatrie pour réclamer la condamnation de « l'utilisation systématique des psychiatres à des fins politiques en URSS ».

Une équipe de travail a été créée pour étudier les « preuves d'abus de la psychiatrie ». En juin 1976, la question de la « situation de la psychiatrie soviétique » a été examinée par l'assemblée générale de l'Union française des psychiatres et une résolution a été prise « condamnant les actions des psychiatres d'URSS », cependant qu'une pétition réclamait qu'on « mette un terme à l'utilisation de la psychiatrie à des fins répressives ».

Les inspirateurs de cette action exercent une pression également sur la direction de l'Association mondiale des psychiatres. Le Comité exécutif de cette association reçoit des « preuves de l'abus de la psychiatrie » fabriquées en Occident et des demandes d'interventions visant à condamner les psychiatres soviétiques. Les psychiatres anglais D. Lea et L. Riss, membres du Comité exécutif de l'Association mondiale des psychiatres, sont l'objet d'une chasse à l'homme pour le seul fait d'avoir été élus membres d'honneur de la Société soviétique de neuropathologie et de psychiatrie sur l'initiative de savants soviétiques.

Lors du symposium de l'Association mondiale des psychiatres, qui s'est déroulé à Londres en juin 1976, sur « éthique et psychiatrie », certains participants ont essayé d'inclure dans une déclaration un point concernant les « dissidents politiques » avec le soutien de certains membres du Parlement, la plupart des journaux de Londres, la radio, la télévision de même que des participants au meeting antisoviétique qui avait été organisé. Toutefois, grâce à la position énergique et conséquente du Pr Vartanian M.E., représentant soviétique et membre du Comité exécutif de l'Association, cette proposition a pu être écartée.

Le Comité de sécurité, grâce à ses moyens opérationnels, prend des mesures pour contrecarrer les attaques hostiles qui sont provoquées en Occident autour de la psychiatrie soviétique.

En même temps nous jugerions opportun, par le biais de la section des sciences et des établissements d'enseignement du C.C. du P.C.U.S. et par le biais de la section propagande du C.C.

du P.C.U.S., de changer le ministère de la Santé d'U.R.S.S. d'assurer pendant la période de préparation et le déroulement du VI^e Congrès mondial de psychiatrie (1977) les mesures officielles adéquates en utilisant les canaux des échanges scientifiques internationaux, en organisant leur couverture sur le plan de la propagande, simultanément avec les organes d'information (385).

En octobre 1976, le ministère de la Santé soviétique crée un groupe de travail présidé par le vice-ministre de la Santé, Dmitri Venediktov, afin de penser un plan d'action à mettre en œuvre pour contrer la campagne occidentale. Les psychiatres Andreï Snejnevski, Marat Vartanian, Georgi Morozov et Eduard Babayan participent aux discussions. Est décidé d'organiser la publication de documents présentant les contre-arguments des attaques occidentales qu'il s'agira de diffuser avant et après le Congrès d'Honolulu. Les soviétiques mettent en place un intense lobbying auprès des médias occidentaux et de *l'Association mondiale de psychiatrie* afin de démontrer l'approche humaniste de leur médecine et empêcher que la question des abus psychiatriques soit mise à l'ordre du jour du congrès. Une campagne est également déclenchée auprès de l'O.M.S. afin qu'elle fasse pression sur *l'Association Mondiale de Psychiatrie* pour condamner cette inacceptable « campagne anti-soviétique », qui entrave l'instauration de relations cordiales entre les scientifiques des deux camps (333). En février 1977 les services de renseignements du bloc de l'Est (U.S.S.R., R.D.A., Bulgarie, Tchécoslovaquie, Hongrie, Pologne, Cuba) se réunissent à Moscou pour s'accorder autour d'une approche commune sur la question des abus politiques de la psychiatrie qui sera abordée lors du prochain congrès mondial. Est décidé que le colonel du K.G.B. Romanov se rendrait en support de la délégation soviétique à Honolulu en tant que « conseiller politique ». (333). Comme l'écrit Robert van Voren, « le procès-verbal de la réunion montre clairement non seulement le rôle de premier plan du KGB soviétique, mais également les préoccupations des soviets concernant les préparations occidentales pour le Congrès mondial d'Honolulu » (333).

Peu avant le congrès mondial, les psychiatres du bloc de l'Est se réunissent à Berlin-Est afin de resserrer les rangs et accorder leurs positions. Si les psychiatres soviétiques rencontrent leurs confrères de R.D.A., de Hongrie, de Bulgarie, de Pologne, de Tchécoslovaquie, les psychiatres roumains n'ont pas daigné venir à la réunion, tandis que les hongrois et polonais n'hésitent pas à critiquer ouvertement les positions soviétiques (333). C'est dans ce climat tendu que la délégation soviétique se rend aux États-Unis, et malgré les efforts déployés, n'arrive pas empêcher que la question soit publiquement posée.

2. La condamnation

a) *La session sur l'éthique*

Dès le début du Congrès, les psychiatres américains obtiennent une première victoire : une session consacrée à l'éthique est rajoutée au programme. Cette session est l'occasion d'une condamnation largement documentée de la psychiatrie punitive ayant lieu en U.R.S.S., mais également en Roumanie, en Afrique du Sud et en Argentine (423).

Le psychiatre français Jean Gérardin, présent au Congrès, relate le déroulement de l'assemblée dans un article paru dans les colonnes de *l'Information psychiatrique* :

Une soirée de grande lessive, au cours de laquelle je crus discerner plusieurs courants. Les accusés : les soviétiques brillant par leur absence, expliquant par lettre qu'ils déniaient à cette assemblée le droit de s'ingérer dans leurs affaires. Les Chiliens, les Argentins, les Brésiliens furent muets. On ne parla guère du devenir de la psychiatrie et des psychiatres dans ces pays à gouvernement fasciste. Les prudents : un certain nombre de délégations ne tenaient pas à se mouiller dans une affaire qui sortait du cadre professionnel. Les modérés, deux Américains qui se firent rappeler à l'ordre avec un arrière-goût de maccarthysme. Les faucons avec une dénonciation précise, documentée, vigoureuse sur certains abus que nous avons entendus faire place au procès politique, l'affrontement entre socialisme et « monde libéral ». Plioutch était là, qu'on trimbalait comme un vulgaire panneau publicitaire. J'eus l'occasion de préciser mon opinion en répondant à un collègue soviétique qui me demandait ce que je pensais de la cabale antisoviétique : « Je suis psychiatre et communiste, et par conséquent opposé à toute utilisation de la psychiatrie à des fins répressives notamment politiques, et dans quelque pays que ce soit y compris l'U.R.S.S.. L'ensemble de l'assemblée a condamné les abus systématiques de la psychiatrie à des fins politiques en Union soviétique » (369).

Les soviétiques font alors tout leur possible pour faire valoir leur point de vue et critiquer la manœuvre « antisoviétique » déclenchée par les congressistes occidentaux ; selon leur rapport à Moscou, Marat Vartanian a ainsi réussi à empêcher l'enregistrement de Léonid Plioutch comme délégué du Congrès et ainsi « de diffuser du matériel antisoviétique » (333).

b) Les résolutions

Le 31 août, les membres de l'assemblée votent deux résolutions d'importance : une première, proposée par le *Royal College* des psychiatres d'Angleterre, d'Australie et de Nouvelle-Zélande, visant à rejeter la dérive de la psychiatrie. Adopté avec une courte majorité par 90 voix, 88 contre et 8 nuls (362) - la délégation française se démarque par son faible engagement : sur 10 voix, deux condamnent les abus politiques, deux votent contre, six restent indécis alors que la majorité des psychiatres français représentés demandaient la condamnation (424) -, l'amendement demande :

que *l'Association mondiale de psychiatrie* prenne en considération l'utilisation abusive de la psychiatrie à des fins politiques et condamne ces pratiques dans tous les pays où elles se produisent ; qu'elle exige des organisations professionnelles de psychiatries de ces pays qu'elles renoncent à ces pratiques et les fassent disparaître de leur propre pays ; que *l'Association mondiale de psychiatrie* mette en application cette résolution en premier lieu, en fonction du caractère tout à fait évident de l'utilisation abusive systématique de la psychiatrie à des fins politiques en U.R.S.S. (362).

Un second texte est voté¹²¹, celui-ci à l'initiative des délégués américains de l'A.P.A., qui propose :

de créer un comité chargé d'enquêter sur les abus psychiatriques et d'examiner tous les avis ou plaintes qui sont officiellement adressés au président de l'A.M.P. concernant les avis politiques de la psychiatrie (416).

Il est alors prévu que ce *Comité* se chargerait d'examiner les différentes preuves qui auront été soumises à évaluation et, qu'en cas d'abus manifeste, recommanderait des mesures coercitives au *Comité exécutif* de l'A.M.P.. Ses membres seront nommés par le président de *l'Association*,

¹²¹ Ce texte sera voté avec une plus large majorité de 55 voix (*cf.* Sidney Bloch, *The Political Misuse of Soviet Psychiatry : Honolulu and Beyond*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry (1980), 14, p. 109).

sous réserve de la validation du *Comité exclusif*, tandis qu'un fonds spécial doit être créé pour financer ces nouvelles activités (416).

Les psychiatres soviétiques présents lors du congrès, avec à leur tête le Pr E. Babayan, s'insurgent avec force contre des telles résolutions, jugées par eux antidémocratiques : le nombre de voix étant corrélées au nombre de membres à jour de cotisation et non par association, seules 19 délégations (90 voix) ont voté la motion, tandis que 33 délégations (88 voix) ont exprimé un avis défavorable ; les délégués polonais et roumains, absents lors du vote, disposent de six voix capables de faire basculer l'issue du vote (333). Revendiquant une victoire morale, les soviétiques prédisent l'échec de la commission d'enquête, car illégale au regard du droit international (425). Édouard Babayan, porte-parole de la délégation soviétique, déclare que ce vote marque :

une page honteuse de la psychiatrie.

Vous ne pouvez pas me montrer des certificats officiels de psychiatres connus, établissant la santé mentale de ces prétendues victimes. Je demande des preuves scientifiques, des certificats officiels (424).

La délégation soviétique critique un « système non démocratique de dépouillement du scrutin » ; chaque vote de société a ainsi été pondéré en fonction du nombre de ses membres, donnant une plus grande importance aux sociétés occidentales. Ajoutant que les psychiatres soviétiques ont toujours accueilli des collègues étrangers pour inspecter des cliniques psychiatriques en U.R.S.S. lors de visites privées, la délégation soviétique souligne que la résolution de l'A.M.P. créant un organe officiel ayant le pouvoir de recommander des « mesures correctives » traduisait une « tendance à violer les droits des États souverains » (426).

Un comité de déontologie est instauré durant le congrès, dirigé par le professeur de psychiatrie grec Costas Stefanis ; les soviétiques arrivent à placer Marat Vartanian comme membre du comité (333).

Est alors votée une déclaration commune sur l'importance centrale de l'éthique dans la pratique psychiatrique. Le vote aboutit à l'adoption de la *Déclaration d'Hawaï* (427), qui appelle à l'application mondiale des « connaissances scientifiques et des principes éthiques reconnus à l'échelle mondiale » (427) :

Depuis l'aube de la culture, l'éthique a constitué un élément essentiel de l'art de guérir. L'*Association mondiale de psychiatrie* considère qu'en raison de l'existence de différences d'orientation des loyautés et des attentes des médecins et des malades dans la société contemporaine aussi bien qu'à cause de la nature délicate de la relation entre médecin et malade, des principes éthiques exigeants sont d'une importance particulière pour tous ceux qui sont impliqués par leurs recherches et leur pratique dans l'exercice de la psychiatrie en tant que spécialité médicale. [...]

Le psychiatre ne doit jamais utiliser ses possibilités professionnelles pour attenter à la dignité ou violer les droits de l'homme chez quelque individu ou quelque groupe que ce soit et ne doit jamais laisser des désirs personnels, des sentiments, des préjugés ou des croyances interférer avec le traitement. En aucun cas le psychiatre ne doit utiliser les moyens de sa profession si l'absence de toute maladie psychiatrique a été établie. Si un malade ou un tiers lui demande d'entreprendre une activité contraire à la connaissance scientifique ou aux principes éthiques, le psychiatre doit refuser sa coopération.

[...] Tout ce que le malade a dit au psychiatre, et tout ce que celui-ci a remarqué pendant son examen ou le traitement doit être couvert par le secret, à moins que le malade ne relève le psychiatre de cette obligation, ou à moins qu'il apparaisse nécessaire de rompre le secret pour éviter des dommages graves au malade lui-même ou à des tiers. Dans ces cas toutefois, le malade doit être informé de la rupture du secret.

[...] Le psychiatre doit suspendre tout traitement, tout enseignement ou tout programme de recherche qui pourrait aller à l'encontre des principes de cette déclaration.

Sydney Bloch, psychiatre engagé dans la dénonciation de la psychiatrie punitive se réjouit d'une telle condamnation, arguant qu' :

À ce stade, il faut être convaincu que la communauté psychiatrique mondiale a reconnu sa responsabilité morale.

Nous aussi, nous voulons le dialogue [avec les soviétiques], mais

d'après notre expérience, le langage diplomatique n'a aucun effet.
La seule chose qui fait sortir les gens des hôpitaux et des prisons,
c'est une forte campagne de protestation (426).

Toutefois, comme le regrette Jean Garrabé, la condamnation s'est fait uniquement à partir de critères éthiques alors qu'elle « aurait eu sans doute plus de force si elle s'était appuyée sur une critique rigoureuse de la théorie de schizophrénie torpide avancée par les auteurs moscovites » (165).

Lors du Congrès, la section *Classification* de l'A.M.P. adopte une résolution demandant aux associations nationales possédant des systèmes de classification nosologique – peu de sociétés nationales étaient alors dans ce cas – à les mettre en adéquation avec le chapitre V, Troubles mentaux et du comportement, de la 9e révision de la C.I.M. (428).

E. Les temps de la réaction

a. Les suites du Congrès d'Honolulu

a) Le Comité d'examen de la World Psychiatric Association chargé des abus psychiatriques

Le *WPA Committee to Review the Abuse of Psychiatry* (429) est créé à la suite du congrès et mandaté pour investiguer autour de tout cas suspecté de psychiatisation pour motif politique.

Peu après Honolulu, l'A.M.P. organise un groupe de travail constitué de trois avocats ayant siégé à la *Commission européenne des droits de l'homme* pour proposer un ensemble de procédures utilisable par le nouveau comité d'examen. Parallèlement à ces questionnements juridiques, un sous-comité de psychiatres est également réuni afin de recevoir les plaintes d'abus, en attendant le plein fonctionnement du *Comité d'examen*, et travailler sur le plan du financement (416).

En décembre 1978, lors d'une réunion de l'A.M.P. se tenant au Caire, ces deux sous-comités sont dissous après que leurs conclusions ont été validées : le *Comité d'examen* est officiellement opérationnel. Composé de six psychiatres venant des différentes parties du globe, la présidence du *Comité* est assurée par J. Y. Gosselin, professeur de psychiatrie d'Ottawa. Des conseillers juridiques sont également mis à disposition du *Comité* pour consultation, mais ne sont pas membres officiels du *Comité* (416).

Parallèlement à la fondation du *Comité d'examen* par l'A.M.P., les sociétés de psychiatrie anglo-saxonne et américaine vont également s'engager dans la lutte contre les abus psychiatriques. Ainsi, le *British Royal College of Psychiatrists* crée en 1978 un comité spécial chargé d'enquêter et de donner suite aux signalements d'abus, où qu'ils se produisent, assurant une étroite coopération avec le Comité de l'A.M.P. L'*American Psychiatric Association* fonde de même sa propre commission d'examen en août 1978 (416).

Le temps de l'alerte est fini, vient le temps de l'action. Comme l'écrit Boukovski, « si avant Honolulu, il s'agit essentiellement d'un complexe de mesures défensives de propagande, après Honolulu, c'est un combat pour survivre » (340).

b) La réaction des soviétiques

La réaction soviétique ne se fait pas attendre. Le 1^{er} septembre 1977, quelques jours après la clôture du Congrès d'Honolulu, la délégation soviétique au VI^e *Congrès mondial de psychiatrie* adresse aux membres de la W.P.A. le texte suivant :

Depuis plusieurs années, certains cercles politiques de plusieurs pays occidentaux ont mené à travers les *mass-medias* une campagne de propagande hostile et grandissante dirigée contre le système de l'État existant en U.R.S.S. Dans cette campagne des accusations irresponsables et injustifiées ont été portées en rapport avec des cas allégués de placement d'individus sains d'esprit dans les hôpitaux psychiatriques de l'Union soviétique pour des raisons politiques et de persécutions de "dissidents politiques". Pour rendre ces allégations plus plausibles, une campagne hystérique et bruyante a été organisée autour de ces individus qui avaient été traités auparavant dans des hôpitaux psychiatriques soviétiques et avaient plus tard émigré. Ces individus sont maintenant exhibés au public de divers pays, ils font des déclarations publiques ; leurs demandes de rencontrer des hommes politiques occidentaux font l'objet d'une vaste publicité ; leurs attaques des règlements mettant en application la loi sur l'internement en U.R.S.S. sont présentées comme une preuve définitive des "crimes soviétiques" [...] (362).

La psychiatrie soviétique réagit ensuite par l'intermédiaire de V. Kassis, qui écrit un article, *Une entreprise pataude des intrigants* (18 septembre 1977) ; les conclusions d'Honolulu sont rejetées comme outil de propagande occidentale antisoviétique en période de guerre froide, qui n'hésitent pas à instrumentaliser les :

malades mentaux criminels de droits communs, de V. Feinberg à V. Boukovsky [...] Comme l'ont dit les savants soviétiques, les personnes qui avaient été en traitement dans nos hôpitaux scientifiques et qui ensuite pour telle ou telle raison étaient parties pour l'étranger se sont de nouveau retrouvées dans des cliniques psychiatriques (416).

Les soviétiques essayent alors d'user de tous moyens de pression à disposition afin d'obliger les occidentaux à faire marche arrière. En octobre 1977 se tient l'examen annuel de la coopération sanitaire entre les États-Unis et l'U.R.S.S. Le Dr Dimitri Vendiktov, alors vice-ministre à la Santé, déclare que la poursuite de la coopération sanitaire entre les deux états dépend désormais d'une déclaration commune condamnant la critique de la psychiatrie soviétique. Appuyés par leurs instances gouvernementales, les américains refusent de plier devant les menaces, soutenant que le document de coopération était de nature scientifique, et qu'il ne devait être entaché de préoccupations d'ordre politique (416).

Deux mois plus tard, en décembre 1977, la *Fédération des Psychiatres et des Narcologues d'U.R.S.S.* adopte une résolution condamnant fermement le déroulement du Congrès d'Honolulu, « véritable campagne antisoviétique sans précédent dans l'histoire des forums scientifiques internationaux », dont les résolutions n'ont été que « diffamation envers la psychiatrie soviétique » (416). Sont également condamnées les modalités antidémocratiques des votes, sans utilisations d'urnes ni commission de dépouillement (416). L'organisation psychiatrique soviétique conclut :

La campagne antisoviétique calomnieuse lancée par les dirigeants des associations psychiatriques des États-Unis, du Royaume-Uni, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, à l'heure actuelle, empêche les chercheurs soviétiques de poursuivre leurs contacts et leur coopération scientifiques avec eux tant qu'ils n'auront pas abandonné leurs fabrications et leurs attaques

calomnieuses et tant qu'ils ne présenteront leurs excuses à leurs collègues soviétiques (416).

Parmi les 23 signataires de la déclaration, on retrouve le Pr E. Babayan, délégué en chef durant le Congrès d'Honolulu, et A. Snejevski (416).

Avant la réunion de l'A.M.P. au Caire de décembre 1978, les soviétiques tentent d'empêcher la formation du *Comité d'examen* par une série de protestations publiques (416).

Le Pr. G. Morozov en appelle à l'arrêt de la politisation de l'A.M.P. que la création du *Comité d'examen* allait fatalement entraîner, tout en rappelant qu'un tel comité violerait le droit international et « la souveraineté professionnelle des psychiatres de différents pays » (416).

Le Pr Vartanyan, dans une lettre au *Comité exécutif* de l'A.M.P., demande lui aussi qu'on mette un terme à la politisation de l'Association Mondiale. Une dernière protestation, plus vigoureuse, est lancée par l'association des psychiatres soviétique, en décembre 1978, juste avant la réunion du Caire afin de maximiser la tension autour de la réunion :

Si le Comité d'examen est effectivement constitué [...] [ses] activités ne seront pas reconnues par la Fédération (416).

Se réservant le droit « de prendre toutes les mesures nécessaires », les représentants soviétiques indiquent que la coopération ne sera pas au rendez-vous, allant jusqu'à faire peser la menace de son retrait de l'A.M.P.. Malgré la pression, la création du *Comité* est validée, ruinant les derniers espoirs des soviétiques (416).

En février 1979, réagissant officiellement à cette création, la *Fédération des Psychiatres et des Narcologues d'U.R.S.S.* envoie une nouvelle communication à l'A.M.P. afin de rappeler que les discussions du Caire :

avaient montré l'existence de difficultés insurmontables de nature professionnelle et juridique (416).

Souhaitant que cette communication soit publiée dans le prochain bulletin de l'A.M.P., l'objectif des soviétiques est alors de rallier à eux d'autres associations nationales dans leur lutte, et ainsi, d'entraver la coopération au *Comité* nécessaire à son bon fonctionnement, sans réel succès.

Conscient d'être proche de la rupture, les autorités soviétiques souhaitent tendre la main aux psychiatres occidentaux afin de les aider à comprendre la calomnie que forment ces attaques. Ainsi, selon Moscou, il faut :

Continuer à étudier les positions des psychiatres et savants des pays capitalistes et l'orientation scientifique de leurs recherches afin d'incliner certains d'entre eux à collaborer avec nous dans le cadre de conférences et de symposiums scientifiques ainsi que des accords passés entre instituts. Utiliser à cet effet les canaux de collaboration instaurés avec les principales formes pharmaceutiques des pays capitalistes (385).

Prendre les mesures nécessaires pour intégrer plus activement les psychiatres en voie de développement aux travaux des conférences qui se déroulent en U.R.S.S. et user de tous les moyens pour envoyer des spécialistes soviétiques en mission dans les pays en voie de développement pour y donner des conférences sur les problèmes de la psychiatrie (385).

À la fin des années 1970, « le K.G.B. tremblait à la pensée que quelque dissident connu n'échouât dans un asile, même par hasard et indépendamment de sa volonté » (385). Ainsi, le philosophe et dissident Alexandre Zinoviev, bien que surveillé par le K.G.B., n'est pas arrêté, mais exilé à l'Ouest (1978). Dans une note au *Comité central*, Andropov écrit :

Les matériaux dont dispose le Comité attestent que toutes les activités de Zinoviev sont dirigées contre la loi et nous avons des fondements juridiques pour le traîner devant une juridiction pénale. Toutefois, cette mesure pour mettre fin à l'activité antisoviétique de Zinoviev ne saurait selon nous être appliqué à Zinoviev de façon opportune pour la raison que, d'après les déclarations de plusieurs personnes, il a suivi un traitement de désintoxication alcoolique, il est psychiquement déséquilibré, affecté de la folie des grandeurs. Ces circonstances (si Zinoviev était présenté devant les tribunaux) pourraient inciter le tribunal à le déclarer malade mentalement et devant subir un traitement

coercitif. Compte tenu de la campagne qui s'est déchaînée en Occident sur la psychiatrie en U.R.S.S., cette mesure répressive semble inopportune (385).

Cette même année, à l'automne 1978, le comité de surveillance contre les abus du *Royal College* des psychiatres britanniques, à la suite du rapport de Gerry Low-Beer après son expertise psychiatrique de neuf dissidents lors de sa visite à Moscou et Leningrad, adopte une résolution (430) confirmant sa préoccupation concernant les abus psychiatriques en Union soviétique et « applaudit le courage des citoyens soviétiques qui ont pris ouvertement position contre ces abus » : S. Gluzman, A. Podrabinek, A. Voloshanovich, V. Moskalkov sont cités comme étant dignes d'admiration (430).

c) Le D.S.M. III, réponse à la nosologie soviétique

L'ensemble des critiques et des témoignages sur la question de l'utilisation punitive de la psychiatrie soviétique porte le débat sur la question éthique, « sans, regrette Jean Garrabé, faire la critique scientifique de la notion de la schizophrénie torpide. À l'inverse, les responsables de l'Association soviétique, que ce soit à la période où ils niaient les abus où à celle où ils les ont reconnus, n'ont jamais engagé de discussion sur ce qui aurait pu leur permettre de se justifier en partie en présentant certains de ces internements abusifs comme le résultat du recours à une catégorie diagnostique erronée » (165).

Malgré les polémiques, l'U.R.S.S. participe aux grandes études comparatives de l'*Organisation mondiale de la Santé*. L'organisme international essaye, à partir des années 1960, de mettre en évidence les modalités diagnostiques de la schizophrénie à travers différents pays (165). L'*Étude pilote internationale sur la schizophrénie* (E.P.I.S.) de la *World Health Organization*, initiée en 1966, est une étude transculturelle de 1202 malades, consultant pour la première fois au système psychiatrique, mais également, en fonction de cultures, à des thérapeutes traditionnels, voir des groupes religieux, et qui présentent des signes susceptibles d'indiquer qu'ils souffrent de schizophrénie. Le recueil des données s'est effectué avec une double procédure diagnostique : selon une modalité "large", respectant les critères internationaux, et une modalité "restreinte" selon un examen psychiatrique standardisé. Publiés en 1979, les résultats de l'étude démontrent une similarité diagnostique en fonction des pays selon la

définition "restreinte", mais une variation d'incidence importante selon la définition "large" : « autrement dit, écrit Jean Garrabé, si dans le monde entier on trouve le même nombre d'individus atteints de psychose de ce type, les symptômes d'après lesquels le diagnostic est porté varient dans une certaine mesure selon les cultures, même s'il semble exister un syndrome fondamental universel de la schizophrénie » (165). En ce qui concerne les résultats russes, la schizophrénie selon la définition "large" est plus fréquente qu'en occident, mais connaît également une disparité intranationale : l'incidence est plus élevée à Moscou qu'à Leningrad. De même, l'étude démontre que les symptômes retenus dans le cadre de la définition "restreinte" ne sont pas identiques en fonction des pays : ainsi, les schizophrènes de Moscou présentent, dans l'étude, beaucoup moins d'indifférence affective que les autres patients de l'étude. La disparité de la clinique psychiatrique est mise à jour (165).

Comme on l'a vu plus haut, l'*Association mondiale de psychiatrie*, lors du Congrès d'Honolulu, recommande aux associations psychiatriques nationales d'adopter des systèmes nosologiques compatibles avec les classifications internationales de l'O.M.S. Recommandation peu suivie. Ainsi, en France, l'I.N.S.E.R.M. ne révisé pas la *Classification française des troubles mentaux* de 1968 pour la rendre compatible avec la C.I.M. 9 (428). Seule l'*American psychiatric association* (A.P.A.) décide de suivre la recommandation : elle retravaille en profondeur le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II* (D.S.M. II), datant de 1968, pour proposer, en 1980, une troisième version radicalement révisée, le D.S.M. III, version qui se veut résolument a-théorique afin de proposer une classification internationale de pathologies mentales (431). Paradoxalement, la révision du D.S.M. prend une importance prédominante sur la C.I.M. (432).

La condamnation d'Honolulu influe largement l'A.P.A. pour la rédaction de cette troisième version, entraînant la condamnation de la notion de "schizophrénie latente". Ainsi, le D.S.M. III souligne que :

l'approche adoptée [...] exclut les maladies sans caractéristiques psychiatriques manifestes, auxquelles on fait référence par les termes de schizophrénie latente, limite (borderline) ou simple [...].

Pour ces cas, il a paru préférable, dans ce Manuel, de porter le diagnostic de trouble de la personnalité, par exemple celui de

personnalité schizotypique (165).

Le D.S.M. III décrit ainsi les troubles de la personnalité comme suit :

les traits de personnalité ne constituent des troubles de la personnalité que lorsqu'ils sont rigides, inadaptés et responsables soient d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, soit d'une souffrance subjective (165).

Nouveauté nosologique, la personnalité schizotypique 301.22 est définie par :

différentes bizarreries de pensée, de perception, de discours et du comportement d'une sévérité insuffisante pour répondre aux critères de la schizophrénie.

Certains cas auparavant considérés comme une schizophrénie borderline, latente ou simple doivent probablement être classés dans ce Manuel dans la rubrique : Personnalité schizotypique (165).

d) Poursuite des pratiques répressives

Alexander Podrabinek est arrêté en août 1978 et condamné à 3 ans de camps en Sibérie ; ripostant, le Dr Alexander Voloshanovich accorde un entretien à des journalistes occidentaux dans lequel il leur délivre 27 expertises de dissidents et en profite pour révéler son identité – jusqu'à là, il avait agi anonymement pour la commission de travail (416). Voloshanovich reçoit rapidement la visite du Pr V. Kovalyov qui tente de le persuader de ces erreurs (417) ; on lui demande de fournir les documents sur les dissidents expertisés par lui afin qu'ils soient examinés par une équipe de psychiatre de la société de psychiatrie soviétique. Acceptant la demande, Voloshanovich va rapidement s'apercevoir du manque de coopération de ces confrères ; lors de la première réunion qui se déroule à la fin de l'année 1978, il est consterné par le comportement de ces détracteurs. Par exemple, on l'empêche de faire référence aux violations des procédures légales d'hospitalisation sous contrainte. Voloshanovich refuse dès lors de collaborer tant que certaines conditions soient assurées, comme la présence

d'observateur de l'A.M.P. lors des examens des cas (416). Ces conditions étant inacceptables pour les soviétiques, sont rejetées et Voloshanovich sent la pression augmenter autour de lui. Il émigre illégalement en Angleterre en février 1980 (417).

En 1980, de sa prison, Alexander Podrabinek fait publier un ouvrage, *Punitive Medicine* (433), dans lequel il délivre une "liste blanche" de cent prisonniers de conscience en Union soviétique hospitalisés en psychiatrie et une "liste noire" de cent médecins et personnels de santé coupables de comprissions avec le pouvoir. Sa peine est encore aggravée (434).

Les autres membres de la commission de travail sont rapidement interpellés et condamnés ; V. Bakhmin et L. Ternovsky sont condamnés à 3 ans d'emprisonnement, tandis que I. Grivnina est exilée pour 5 ans. Le Dr A. Koryagin est condamné à une peine encore plus sévère ; accusé d'avoir mené des activités antisoviétiques et d'avoir correspondu avec le journal anglais *The Lancet*, dans lequel il critique l'utilisation de la psychiatrie par les autorités soviétiques (392), il est condamné à 7 ans d'enfermement en camps de prisonniers puis à 5 ans d'exil. L'activité de la commission de travail s'arrête lorsque son dernier membre, F. Serebroy, est condamné à 5 ans de camps et à 5 ans d'exil en juillet 1981.



Figure 56 : Anatoly Ivanovich Koryagin (1938-)

La condamnation de Koryagin fait vivement réagir la communauté psychiatrique internationale (435) ; cette nouvelle violation des droits de l'homme pousse nombre de psychiatres occidentaux à demander une expulsion ou une suspension de l'Union soviétique de l'A.M.P. :

En conséquence de la continuation des abus par la psychiatrie (et des psychiatres) en U.R.S.S. les membres anglais, américains,

danois, français, norvégiens, suisses et australiens de la *World Psychiatric Association* ont mis en avant des résolutions pour l'expulsion ou la suspension de l'adhésion de la Société soviétique des neurologues et des psychiatres, qui seront considérés lors du Congrès mondial de la *World Psychiatric Association* à Vienne en juillet 1983. Beaucoup d'autres membres de la *World Psychiatric Association* ont indiqué leurs soutiens pour cette action (417).

2. Les premiers changements

a) *Le congrès mondial de Vienne (1983) : le retrait de l'U.R.S.S. de l'A.M.P.*

La situation de la psychiatrie russe n'ayant peu évoluée depuis le Congrès d'Honolulu, les russes sont certains, qu'à l'occasion du *VII^e Congrès mondial de psychiatrie* devant se tenir à Vienne en 1983, l'association de psychiatrie soviétique va cette fois être expulsée de l'*Association mondiale de psychiatrie*. En janvier 1983, juste avant la réunion du *VII^e Congrès*, l'U.R.S.S., en compagnie des autres pays de l'Est – à l'exception de la R.D.A. –, se retirent unilatéralement du Congrès mondial de psychiatrie (436), évitant ainsi la condamnation internationale, au prétexte de la politisation de l'A.M.P., faisant référence aux campagnes du *Royal College* et de l'A.P.A. (425).

Lors du congrès viennois, le *Royal College of Psychiatry*, anticipant le retour trop prématuré de l'association soviétique au sein de l'A.M.P., propose une motion concernant la réintroduction future des soviétiques à la condition qu'ils aient fait la preuve d'une « coopération sincère » et que des preuves solides soient apportées sur « l'amélioration » des abus (425).

Après avoir acté le départ de la délégation soviétique, l'assemblée du Congrès précise les statuts du *W.P.A. Committee to Review the Abuse of Psychiatry*, pour ne plus le limiter aux abus strictement d'origines politiques, mais l'étendre à tout abus pratiqué par des psychiatres (429).

En 1983, le Congrès américain tient une session très fouillée sur la question des abus psychiatriques, faisant intervenir des médecins et des témoins des pratiques dévoyées soviétiques, et édite le document (437).

Le retrait soviétique coïncide avec la période de la *perestroïka* initiée en 1985-1986 par Mikhaïl Gorbatchev ; on assiste alors à nombre de libérations de dissidents internés, « tout en affirmant, écrit Jean Garrabé, dans un style [...] de langue de bois, à la fois que ces abus n'avaient jamais été commis, mais que des mesures seraient prises pour y mettre définitivement fin » (438).

En 1988, une nouvelle loi, *Situation relative aux conditions et procédures de prestation des soins psychiatriques*, est décrétée par le Soviet suprême et offre des garde-fous aux citoyens face aux soins psychiatriques (439) : la publication exhaustive des règles concernant les conditions d'hospitalisation sous contrainte ainsi que les recours possibles est une évolution favorable aux droits des patients. Le texte prévoit un droit de recours en cas d'hospitalisation jugée injustifiée, la création d'une commission indépendante, composée de psychiatres, d'avocats et de travailleurs sociaux, afin de suivre les cas d'abus psychiatriques, et de s'assurer du transfert de la gestion des H.P.S. du *Ministère de l'Intérieur* au *Ministère de la Santé*. Le Code pénal est également modifié : les articles concernant la propagande antisoviétique et la diffamation de l'État sont supprimés, rendant dès lors impossibles leurs utilisations (425).

Le Dr Alexander Churkin, psychiatre du Ministère de la Santé, invente le terme "d'hyperdiagnostic" pour expliquer les cas d'abus :

Je dois avouer que j'ai parfois trébuché sur des cas d'hyperdiagnostic où les symptômes et la gravité des troubles mentaux étaient moins prononcés que ceux diagnostiqués par le psychiatre (425).

Ce n'est qu'en novembre 1989 que le caractère punitif de certains internements psychiatriques est reconnu – à demi-mot – par les autorités soviétiques. En pleine période de *glasnost*, le *Politburo* adopte une résolution, *Sur l'amélioration de la législation sur les conditions et le déroulement de l'assistance psychiatrique*, établissant des garanties juridiques contre les abus de la psychiatrie.

[Les autorités soviétiques] en sont venus à la conclusion que les changements possibles de directives administratives ou d'autres actes normatifs réglementant les prestations d'assistance psychiatrique dans le cadre de l'actuelle "Résolution sur les conditions et l'ordre des prestations en matière d'assistance psychiatrique" ne sauraient être tenus pour suffisants pour résoudre les problèmes qui se posent. La résolution ne

correspond pas pleinement aux articles 54 et 57 de la Constitution de l'U.R.S.S. qui garantissent l'immunité des personnes et le droit des citoyens à faire défendre judiciairement leur liberté individuelle. L'imperfection de la résolution ne permet pas d'exclure pleinement la possibilité de cas d'utilisation arbitraire de la psychiatrie, de même qu'elle augmente les chances d'erreur dans l'hospitalisation psychiatrique contre le gré du patient. La résolution suppose encore d'autres problèmes d'importance.

La législation en vigueur exige des améliorations également sous l'angle des obligations internationales de l'U.R.S.S., tel qu'elles découlent en particulier des principes du document final de la Conférence de Vienne, contresigné par les États participant à la Conférence sur la sécurité et la coopération en Europe. On sait bien que dans le cadre de l'O.N.U. s'élabore un projet de recueil des principes et des garanties de défense des malades mentaux et d'amélioration de l'assistance psychiatrique. Plusieurs normes adoptées par le projet auxquelles nous avons donné notre accord de principe ne figurent pas dans la législation en vigueur dans notre pays. [...].

Cela sera un pas nouveau accompli pour ôter aux questions psychiatriques leur aspect politique (385).

b) Le congrès mondial d'Athènes (1989) : la réintégration

Du 12 au 19 octobre 1989, se tient à Athènes le huitième *Congrès mondial de Psychiatrie*. Plusieurs mois avant la réunion du Congrès, l'attitude à adopter face au retour de la délégation soviétique divise le membre de l'A.M.P., alors qu'en mars 1989, le *Comité exécutif* de l'A.M.P. autorise l'association soviétique à participer au Congrès¹²², en tant que membre *ad hoc* de l'A.M.P. (425).

De leur côté, les psychiatres danois demandent - ils sont les seuls dans ce cas - une réintégration sans condition des soviétiques, tandis que les associations britannique, australienne, ouest-allemande et suisse défendent une ligne de conduite plus stricte pour le retour des soviétiques :

¹²² Seuls deux membres du comité exécutif se prononcent pour un refus de la réintégration, contre quatre avis positifs (*cf.* Sidney Bloch, *Athens and beyond : Soviet psychiatric abuse and the World Psychiatric Association*, *Psychiatric Bulletin* (1990), 14:1, 1990, p. 131).

libération de tous les détenus retenus en hôpital psychiatrique, autocritiques des institutions soviétiques ayant participé à cette dérive ainsi que leur engagement de ne plus répéter de tels actes. Les français et les américains préfèrent poursuivre le compromis, acceptant la présence des soviétiques comme non-membres de l'A.M.P. (425).

Lors du Congrès d'Athènes (1989), l'association soviétique est bien déterminée à obtenir sa réintégration. La chefferie de la délégation soviétique est composée du Pr Nikolaï Zharikov, chef de la délégation et président de la *Société des psychiatres et Narcologues* d'U.R.S.S., du Pr Marat Vartanyan, directeur du *Centre de recherche en santé mentale* de l'Union et du Dr Alander Karpov, psychiatre en chef au ministère de la Santé. Une grande figure de la psychiatrie soviétique brille par son absence – Andreï Snejnevski est décédé le 12 juillet 1987 : Georgy Morozov, directeur de l'*Institut Serbski* (425).

Malgré ces présences médicales d'autorité, c'est le Pr Reschteov, avocat et directeur du *Département des problèmes humanitaires et des droits de l'homme* au Ministère des Affaires étrangères d'U.R.S.S. qui tient le premier rôle dans la défense de la psychiatrie soviétique lors du Congrès. Il tente de faire savoir aux congressistes que des réformes de la psychiatrie soviétique, certes encore imparfaites, sont en cours, mais qu'une réadmission au sein de l'A.M.P. aiderait grandement les partisans du changement à accomplir leur tâche de normalisation (425).

Dès le début du Congrès, la délégation soviétique fait passer un *mémoire*, signé par le Pr G. Lukacker, dans lequel est rappelé les réformes de la psychiatrie en U.R.S.S., insistant particulièrement sur la nouvelle loi de santé mentale de mars 1988.

Sous l'impulsion des délégations britannique, ouest-allemande, américaine et néerlandaise, est décidé de confronter les membres de la délégation soviétique officielle avec le Dr Semyon Gluzman. Ce dernier, après avoir purgé une peine de dix ans de prison pour avoir lancé l'alerte sur l'utilisation punitive de la psychiatrie, s'était engagé dans la lutte contre ces abus. En mars 1989, il fonde une association indépendante de psychiatrie en Russie, raison de sa présence à Athènes (425). Ainsi, le 15 octobre est organisée, dans le cadre du Congrès, une assemblée générale extraordinaire afin de confronter les deux points de vue ; lors de l'assemblée, Gluzman, bien que reconnaissant l'intérêt des réformes et la tendance à l'amélioration de la psychiatrie soviétique, il souligne l'importance de l'existence d'une commission indépendante dans la supervision de cette évolution (425).

Le lendemain, la délégation soviétique organise une conférence de presse pour défendre les réformes psychiatrie et réassurer la communauté internationale sur l'amélioration de la situation. « Jusqu'ici, témoigne Sidney Bloch, on ne pouvait s'empêcher d'être persuadé de l'engagement soviétique dans une nouvelle ère réformiste » (425). Cependant, cet optimisme est bien vite effacé avec l'intervention du dissident et psychiatre Anatoly Koryagin qui interpelle les soviétiques : des abus psychiatriques pour des motifs politiques ont-ils été commis en U.R.S.S. ? (440) Les soviétiques répondent tout en langue de bois, refusant de clairement condamner les abus - « Il est temps d'aller de l'avant » répond le Pr Haug. La conférence se termine dans une ambiance tendue, les soviétiques n'ayant pas réussi à rassurer leurs confrères sur la réalité de la volonté de changement (425).

Le 17 octobre se tient, lors de l'Assemblée générale, le débat sur la réintégration des soviétiques au sein de l'A.M.P.. Le Pr Costas Stefanis, président de l'A.M.P. lance le débat en rappelant les résolutions adoptées lors du précédent Congrès qui s'était tenu à Vienne (1983) : il s'agit de déterminer si la délégation soviétique a apporté des preuves tangibles d'amélioration de la situation et, le cas échéant, la réadmettre au sein de l'association internationale. Comme le souligne Sidney Bloch, « tout en indiquant qu'il appartenait aux délégués de décider et que sa tâche se limitait à l'établissement de la procédure, il a rapidement influencé le cours du débat en se référant à la position adoptée par le Comité exécutif de l'Association [...]. À ce stade, il semblait que rien ne s'opposait à une décision [de réintégration de la part] des délégués des sociétés membre » (425). Le débat qui suivit fut pourtant houleux ; « la discussion à l'Assemblée générale, témoigne Jean Garrabé [...] fut aussi agitée que celle d'Honolulu » (438). Le principal argument s'opposant à la réintégration de la délégation soviétique est leur refus de condamner les abus : comment évaluer l'amélioration d'un abus que les soviétiques refusent de pleinement reconnaître ? Suite aux débats, le Pr Morozov prend la parole, voulant apporter une déclaration au nom de la délégation soviétique dans son ensemble ; pour la première fois, la délégation soviétique condamne directement les abus (30) :

- I. La fédération des Psychiatres et Narcologues d'U.R.S.S. reconnaît publiquement que des conditions politiques antérieures ont créé une situation dans laquelle des abus psychiatriques eurent lieu pour des raisons non médicales, y compris politiques.
- II. Les victimes d'abus verront leur cas examiné en U.R.S.S. en coopération avec l'A.M.P., tandis que les registres ne seront pas

utilisés contre les patients psychiatriques.

III. La fédération accepte sans condition l'instrument d'examen de l'A.M.P.¹²³.

IV. La fédération soutient les changements apportés à la législation soviétique et leur pleine application en ce qui concerne la pratique de la psychiatrie et le traitement et la protection des droits des personnes atteintes de maladies mentales.

V. La fédération encourage un leadership éclairé dans la communauté des professionnels en psychiatrie (425).

La déclaration de Morozov relance les débats ; après une longue délibération (plus de neuf heures), les membres de l'A.M.P. votent – 291 votes pour, 45 contre, 19 abstentions (425) - la résolution suivante, auquel est adjointe la déclaration de Morozov :

Considérant que l'A.M.P. a déjà déclaré officiellement qu'elle n'acceptera comme membres à part entière que les sociétés qui souscrivent à l'examen.

Par conséquent, il est résolu que la fédération des Psychiatres et Narcologues d'U.R.S.S. soit acceptée comme membre aux conditions suivantes :

1. Que le Comité d'Examen de l'A.M.P. effectue une visite sur place dans un délai d'un an ;
2. Si le rapport indique que les abus psychiatriques à des fins politiques se poursuivent, une réunion spéciale de l'Assemblée générale sera convoquée pour examiner la suspension de l'adhésion (425).

Dans la foulée, l'Assemblée générale vote avec une majorité écrasante – seulement 6 voix contre – l'admission de l'association de psychiatrie russe indépendante au sein de l'A.M.P. (425).

Ainsi, le compromis trouvé par les membres du Congrès valide le retour de l'Association soviétique, à la condition que la *Déclaration d'Hawaï* soit désormais respectée et qu'une Association indépendante de psychiatres russes ayant protesté dans leurs pays contre la dérive

¹²³ Entendu la procédure qui sera utilisée par le Comité d'examen de l'A.M.P. afin d'enquêter et d'examiner les cas d'abus psychiatrique (cf. Sidney Bloch, *Athens and beyond : Soviet psychiatric abuse and the World Psychiatric Association*, Psychiatric Bulletin (1990), 14:1, 1990, p. 132).

soit établie et participe aux Congrès (409).

Toutefois, les résistances venant de Russie ne tardent pas : le 19 octobre, quelques jours après le vote, le grand journal russe *Izvestia* rapporte les événements d'une façon qui inquiète les occidentaux : il est écrit que la délégation russe est réadmise au sein de l'A.M.A., sans faire aucunement mention aux conditions, tandis que l'association indépendante de psychiatrie est présentée comme n'ayant reçu qu'une admission temporaire à l'A.M.P. (425).

Dix jours après la fin du Congrès d'Athènes, le Dr Karpov tient une conférence de presse et revient partiellement sur les abus de la psychiatrie russe, qui ne seraient plus endémiques, mais occasionnels, simples "cas individuels" ou "erreurs médicales". L'orateur semble indiquer que c'est aux victimes de faire les démarches afin de vérifier si les conditions d'internements étaient correctes (425).

Sur le plan clinique, le système nosologique russe évolue progressivement, même si le concept de schizophrénie latente de Snejnevski continue de faire des adeptes durant les années 1980. Si Snejnevski décède en 1987 et qu'une partie des responsables de l'Association soviétique au Congrès d'Athènes ont tenté de le rendre seul responsable de toutes les dérives qu'a entraînées la généralisation de la schizophrénie latente, il importe de remarquer que certains parmi ces élèves vont poursuivre son œuvre nosologique (165). Consacrant une étude (1986) à la *Sluggish Schizophrenia*, Harold Merskey et Bronislav Shafran ont démontré que, de 1980 à 1984, 19 publications ont été publiées à ce sujet dans le *Korsakoff Journal of Neuropathology and Psychiatry*, n'apportant rien de nouveau aux travaux de Snejnevski (441). Les auteurs concluent :

la notion de schizophrénie latente est clairement largement extensible et est beaucoup plus variable et inclusive que nos propres idées sur la schizophrénie simple ou sur les états de malformations résiduelles. De nombreuses affections qui seraient probablement diagnostiquées ailleurs comme des troubles dépressifs, des troubles anxieux, des troubles hypocondriaques ou des troubles de la personnalité semblent susceptibles de relever de la schizophrénie latente dans le système de Snejnevski [...].

Si les articles que nous examinons avaient été soumis en anglais

à une revue occidentale, la plupart d'entre eux auraient probablement été renvoyés pour une révision radicale. [...] L'écriture originale est diffuse et lourde : nous avons essayé d'en rendre certains plus lisibles en traduction. Parfois l'écriture est aussi incompréhensible, même pour des lecteurs ayant grandi en russe et reçu une formation médicale russe. De plus, les articles ne sont souvent pas disposés selon un schéma conventionnel (441).

En 1987, Smulevitch fait paraître un ouvrage intitulé *La Schizophrénie à évolution lente et les états limites*, dans laquelle il tente de rapprocher la schizophrénie latente des états limites, nouvelle orientation de l'école moscovite (165). La même année, Marat Vartanyan et Andreï Mukhin donnent une interview dans le journal soviétique *Komsomolskaya Pravda* ; ils soutiennent qu'il est possible qu'une personne soit malade mentalement sans que son entourage s'en rende compte, comme dans la schizophrénie latente. Comme le déclare Vartanyan, on peut poser ce diagnostic lorsque :

une personne est obsessivement occupée par quelque chose. Si vous discutez d'un autre sujet avec elle, c'est une personne normale qui est en bonne santé, et qui peut être votre supérieur en intelligence, connaissance et éloquence. Mais dès que vous parlez de son sujet favori, ses obsessions pathologiques s'enflamment (333).

Vartanyan confirme que des centaines de personnes atteintes de ce diagnostic ont été hospitalisées en Union soviétique. Andreï Mukhin justifie cette démarche par le fait que ces malades :

diffusent leurs idées réformistes pathologiques parmi les masses (333).

Quelques mois plus tard, les lecteurs du même journal peuvent lire une énumération des symptômes décrite par Snejnevski dont "un intérêt exceptionnel pour les systèmes philosophiques, la religion et l'art", cité dans un manuel de psychiatrie de l'école de Moscou dirigée par Snejnevski (1985) :

Ainsi, toute personne - normalement considérée comme saine d'esprit - peut être diagnostiquée comme " schizophrénie latente » (333).

En 1992, Vladimir Boukovsky se rend à l'*Institut Serbski* en compagnie d'une équipe de télévision et y rencontre la nouvelle directrice, le Dr Tatiana Dmitrieva. Si cette dernière est critique envers les dérives récentes de l'*Institut*, le dissident fait remarquer que l'ancien directeur, le Pr G. V. Morozov, est toujours en poste, occupant la fonction de directeur honoraire. Pis, comme le fait remarquer Boukovsky, aucun des médecins ayant participé aux dérives ne fut inquiété ; les professeurs Vartanian et Babayan continuent d'être à la tête de la psychiatrie russe et de la représenter à l'étranger (385).

Malgré la chute de l'Union soviétique en 1991, la *Société des psychiatres et neuropathologistes de l'Union soviétique* tente de poursuivre son existence ; renommée *Fédération des sociétés des psychiatres et des narcologues de la Communauté des États indépendants*, le groupe est dirigé par Aleksandr Tiganov, proche historique d'Andreï Snejevski. Ne représentant aucun état, la fédération doit quitter l'Association mondiale de psychiatrie en 1992 (442).

c) De la chute de l'U.R.S.S. à nos jours

Des nouvelles associations psychiatriques sont créées à la suite de l'effondrement de l'Union ; chaque république indépendante voit ainsi la naissance d'associations souhaitant la réforme de la psychiatrie : la Russie ne fait pas exception et voit un foisonnement de création de groupes d'influences. En 1992 la *Société russe des psychiatres* est constituée, voulant marquer par là sa distance avec la défunte *Société des psychiatres et neuropathologistes de l'Union soviétique*. Dirigée de longues années par le psychiatre moscovite Valey Krasnov, elle existe parallèlement à la *Fédération des sociétés des psychiatres et des narcologues de la Communauté des États indépendants*, mais également de l'*Association psychiatrique indépendante de Russie*, créée durant la fin de l'U.R.S.S., mais qui n'est jamais devenu un courant dominant et influent de la psychiatrie nationale. D'autres initiatives existent : en 1990, un groupe de psychiatres réunis autour de Yuri Nuller fondent l'*Association psychiatrique de Leningrad* – qui prend rapidement le nom d'*Association psychiatrique de Saint-Petersbourg* - qui reste séparée de la Société dirigée par Krasnov, reprochant son infiltration par d'anciens dirigeants soviétiques (442).

En 1991, l'effondrement de l'Union soviétique laisse la Russie dans une situation économique et sociale catastrophique (443). Malgré les difficultés, le jeune état russe se penche rapidement sur la réforme du système psychiatrique tant décrié et tente de proposer une législation moderne et de poser les bases d'une éthique biomédicale (444), afin de se rapprocher des normes internationales relatives aux droits des patients en psychiatrie (445).

Le psychiatre Yuri Nuller de Saint-Pétersbourg et l'avocate Svetlana Polubinskaya de Moscou sont les deux fers de lance de ce mouvement de réforme de la psychiatrie russe (442). Par leur intermédiaire le parlement adopte en 1992 un texte sur les soins psychiatriques et les garanties des droits des citoyens, loi élargissant considérablement les droits des patients et restreint les risques d'utilisation de la psychiatrie en-dehors de sa fonction médicale. Entrant en vigueur en 1993, la nouvelle loi limite l'institutionnalisation des malades mentaux lorsqu'ils ne représentent pas un danger pour eux-mêmes ou pour les autres ; en avril 1994, la Société russe des psychiatres produit un Code d'éthique professionnelle (446) (447). Définie par le nouveau code, la fonction du psychiatre est centrée autour de la santé des malades, tout en contribuant à la promotion et à la protection de la santé mentale de la population dans son ensemble. Cette conception contraste avec l'ère soviétique dans laquelle le médecin doit faire preuve d'une grande moralité communiste et de ses responsabilités à l'égard de l'État. « Le Code, écrit Gordon, cherche donc à surmonter l'héritage soviétique de la communauté professionnelle qui est l'agent du contrôle de l'État. L'acceptation dans le Code du concept de consentement éclairé est une réforme remarquable de la psychiatrie russe, qui exige des psychiatres qu'ils changent leurs attitudes envers leurs patients et leurs pratiques de traitement et qu'ils respectent l'autonomie du patient. Des lignes directrices plus strictes sur la divulgation de l'information médicale et sur l'utilisation des patients psychiatriques dans la recherche sont également incluses. En outre, la législation russe prévoit désormais des garanties plus importantes pour que le patient détenu puisse faire appel de sa détention et de son traitement » (169).

Ces textes sont salués par la communauté internationale (100), mais reçoivent un accueil mitigé au sein des médias et de la population russe. Comme le montre I. Petrea, l'adoption des mesures internationales dans les pays de l'ex-Union soviétique ne répondent pas aux de besoins reconnus par les populations nationales, ni à une volonté réelle de changement ; ressenties comme imposées par l'Occident à travers les recommandations des instances internationales ou par l'intervention d'organisations non gouvernementales (448), les mesures sont impopulaires (449). Comme l'écrit O. Shek, « la réaction des médias aux nouvelles politiques a été largement ambivalente. Le soutien aux droits des patients s'est accompagné de craintes quant aux effets néfastes de la libéralisation de la psychiatrie sur la sécurité publique [...]. La

désinstitutionnalisation n'a reçu que peu de soutien de la part des professionnels ou des aidants naturels. Les professionnels ont critiqué les nouvelles politiques et se sont montrés méfiants à l'égard de la réforme, plaidant pour la préservation du système existant. Ils perçoivent les établissements psychiatriques comme un moyen de contrôle et de protection sociale des personnes atteintes de maladie mentale et de leur famille. Simultanément, les aidants naturels étaient très préoccupés par le risque élevé de perdre le soutien qu'ils recevaient des services existants » (445). De plus, selon Shek, il semble que les praticiens russes « sont de plus en plus favorables aux approches " traditionnelles " plutôt qu'à l'emprunt de modèles " occidentaux " », marquant par là le retour progressif d'un particularisme russe (445) ; bien après la chute de l'Union soviétique, le développement de la psychiatrie russe contemporaine continue d'être influencé par bien des aspects hérités de l'ère soviétique (450).

Si, comme le souligne Olga Shelk, les réformes initiées depuis le début des années 1990 ont malgré tout permis de véritables progrès, tout n'est pas réglé dans la psychiatrie soviétique (445). La nécessaire modernisation de la psychiatrie russe passe, au cours des années 1990 et 2000, par la reconstruction des grands hôpitaux – tâche non encore terminée. Les conditions de vie précaires au sein des lieux de soins psychiatriques restent un problème majeur de la psychiatrie russe postsoviétique. Les réductions budgétaires touchant la psychiatrie russe impactent directement les malades, malades « qui sont généralement perçus comme un fardeau pour la société ou comme un danger caché » (451). Comme le précise I. Petrea, « les conditions de vie dans les hôpitaux psychiatriques restent médiocres, parfois inhumaines, et le traitement des personnes souffrant de problèmes de santé mentale est encore marqué par des pratiques paternalistes, déresponsabilisantes, voire abusives. La pratique soviétique consistant à cacher les personnes considérées comme handicapées se traduit aujourd'hui par le transfert des personnes atteintes des maladies mentales les plus graves des hôpitaux psychiatriques vers des établissements de soins sociaux, en dehors de la juridiction du secteur de la santé et du champ des réformes de la santé mentale » (449). Bien que l'État soit censé fournir des soins minimaux gratuits à la population (452), de nombreux malades, en particulier les patients non hospitalisés, n'ont que difficilement accès aux traitements efficaces et peu onéreux. Les difficultés économiques et le manque de moyen rendent la situation complexe (453). Sous couvert de désinstitutionnalisation (454,455), de réduction des coûts et d'intégration des soins psychiatriques auprès des soins de première ligne (456), environ un quart des lits d'hospitalisation sont fermés, sans que de réelles solutions alternatives soient mises en place (451).

La situation des malades reste préoccupante : en 2010, ce sont plus d'un million de russes qui

sont comptabilisés comme vivant avec un handicap secondaire à des troubles mentaux ; un nombre important d'entre eux vivent dans la rue, certains parmi les plus chroniques sont placés au sein d'institutions spécialisées, tandis que les autres restent souvent au domicile, sous la responsabilité de leurs proches (100). Cette situation incite l'*Association psychiatrique indépendante de Russie*, créée il y a plusieurs décennies, à alerter sur la situation (451).

L'association, toujours active, reste vigilante sur l'évolution des dérives, surtout qu'en Russie le sujet reste tabou (457) - alors que les archives des camps sont ouvertes, celles des dossiers de psychiatisation punitive reste difficiles d'accès : en juillet 1998 le Pr Fedor Kondratiev, membre de l'*Institut Serbski* depuis 1958, écrit un article pour se répandre contre les « soi-disant défenseurs des droits de l'homme » qui parlent d'une « psychiatrie punitive » alors que la psychiatrie nationale à « de longues traditions humanistes ». Si Kondratiev reconnaît que l'*Institut* « a traversé des épreuves difficiles [celles-ci] sont indissociables de la tragédie du totalitarisme dans notre pays [...]. La masse des dissidentes n'était pas soignée de force, mais envoyée au goulag ». Son propos laisse présumer que la psychiatrie a été victime du régime, la lavant par là de ses fautes. Seuls 370 cas de dissidents de toute l'Union ont été envoyés pour expertise à l'*Institut Serbski*, minimise-t-il ; ironique, il reconnaît par contre que nombre de ces dissidents se sont bel et bien retrouvés en hôpital psychiatrique, « mais après leur départ en émigration » (457). Podrabinek répond rapidement à Kondratiev, rappelant son passé trouble et mettant à jour divers cas de dissidents hospitalisés dans les hôpitaux dans lesquels il officiait (457).

Depuis les années 2000, certaines affaires éclatent régulièrement, faisant craindre le possible retour des pratiques dévoyées (458) :

En 2013, Mikhaïl Kossenko, incarcéré pour avoir manifesté violemment contre les soupçons de fraudes électorales (459), est condamné par le tribunal à recevoir des soins psychiatriques obligatoires, considérant « qu'il représentait un danger pour lui-même ou la société » (460) : « incarcérer Mikhaïl Kossenko de force dans une unité psychiatrique rappelle les pires excès de l'ère soviétique [...] » écrit John Dalhuisen, membre d'*Amnesty International* (461). Kossenko est, de l'avis de ses proches, atteint d'une forme légère schizophrénie depuis 2001 n'ayant jamais nécessité d'hospitalisation. « Depuis qu'il est incarcéré, il est privé volontairement de médicaments, décrit Denis Krivosheev d'*Amnesty International*. Les autorités veulent que son état s'aggrave afin de l'enfermer. Mais c'est un prisonnier d'opinion » (460). L'*Association psychiatrique indépendante de Russie*, par l'intermédiaire de son directeur Youri Savenko, indique qu'il s'agit ici de la « renaissance de l'utilisation politique de la psychiatrie [...]. C'est

un signal donné à la société à qui ont dit : “ Voilà ce qui va vous arriver si vous ne nous tenez pas tranquilles” » (462).

Kossenko reste hospitalisé 3 mois durant avant d’être relâché, mais devra, rapporte *Amnesty International*, « poursuivre un traitement psychiatrique et médical obligatoire dans le cadre de l’exécution de sa peine, et, surtout, sa condamnation n’est pas levée. Cela signifie qu’au moindre prétexte, les autorités pourraient le renvoyer en hôpital psychiatrique, cette fois pour une durée indéterminée » (463). « Nous avons entendu parler d’opposants ou de journalistes qui ont été enfermés ces dernières années pour y recevoir des traitements forcés, écrit Denis Krivosheev. Mais Mikhaïl Kossenko est le premier exemple non contestable de recours à la psychiatrie punitive [depuis la fin de l’U.R.S.S.] » (460). En 2017, van Voren, Davidoff et Roache publient un document traitant de la reprise des abus politiques de la psychiatrie dans les anciennes républiques soviétiques (464).

En 2018 les psychiatres de l’*Association psychiatrique indépendante de Russie* dénoncent un amendement voté par la *Douma* qui autorise les procureurs à demander l’internement forcé d’inculpés aux tribunaux ; jusqu’alors cette mesure ne pouvait être que la demande d’un médecin (465). Si formellement l’avis d’un médecin est toujours nécessaire à l’internement Lioubov Vinogradova, nouvelle directrice de l’*Association psychiatrique indépendante de Russie* souligne que la psychiatrie punitive « est en train de renaître » (465).

Comme l’écrit Madeline Roache, « dans la Russie contemporaine, la psychiatrie semble être politisée parce que les conditions qui avaient facilité cette pratique à l’époque soviétique sont largement restées en place ; l’indépendance judiciaire et l’indépendance de la psychiatrie légale restent un objectif difficilement réalisable. L’adhésion apparente à des " règles non écrites " dans la salle d’audience garantit l’invulnérabilité de l’opinion de l’*Institut Serbski*, ce qui lui permet de devenir une preuve inattaquable dans les procès criminels [...]. Le pouvoir de la psychiatrie s’étend bien au-delà de la salle d’audience. [La psychiatrie] sert non seulement à punir l’opposant individuel, mais aussi à prévenir la propagation de l’opposition. La psychiatrie y parvient de deux manières : premièrement, en montrant les risques d’une opposition publique et bruyante au reste de la population, ce qui renforce la peur qui entoure actuellement les manifestations politiques ; deuxièmement, en discréditant l’opposition [...]. Après tout, la voix d’un fou sonne creux dans la société. La principale forme de contrôle de la population dans les régimes autoritaires consiste à influencer la conscience du public. La psychiatrie est particulièrement compétente dans ce domaine. Une mauvaise perception de la maladie mentale associée à un niveau de confiance plus élevé dans les médecins d’État que dans le système judiciaire suggère que l’étiquette de maladie mentale a non seulement un impact négatif en Russie, mais qu’elle

est également perçue comme valide. La capacité de la psychiatrie à contrôler l'opposition dans la Russie contemporaine réside principalement dans les répercussions sociales et psychologiques de l'hospitalisation sélective des opposants et l'étiquette de "malade mental". En revanche, à l'époque soviétique, la psychiatrie contrôlait l'opposition par l'enfermement systématique des dissidents. L'utilisation politique de la psychiatrie repose sur la collaboration volontaire des psychiatres [...]. Il est tentant de voir le psychiatre qui abuse de sa profession en termes moraux [...]. À l'*Institut Serbski*, le carriérisme et le conformisme semblent limiter l'indépendance du psychiatre. Les dividendes matériels et professionnels de l'observance peuvent conduire à faire passer l'intérêt personnel d'un psychiatre avant les intérêts des patients. De plus, l'apparent " intérêt supérieur " de " protéger " la société en psychiatrie suggère que l'accent a été mis sur le collectif de l'ère soviétique. On pense que cela justifie le retour de la loi soviétique en psychiatrie, qui a facilité son utilisation "punitif" dans le passé. Problématiquement, le rétablissement de cette loi est soutenu non seulement par les psychiatres, mais aussi par la majorité de la population. La réalisation de la réforme psychiatrique en Russie postsoviétique dépend d'une culture qui accorde la priorité aux droits des patients, par opposition à une culture qui tolère facilement la privation de liberté de la part d'un psychiatre. En l'absence de cette culture, la psychiatrie continuera d'être influencée par des " règles non écrites ", ce qui la rend vulnérable à la politisation » (466).

Conclusion

Notre exploration de l'histoire de la psychiatrie russe nous semble avoir permis d'illustrer notre propos introductif ; tout au long de son histoire, la pensée et la pratique médicale ont été influencées par un nombre important de facteurs externes à la logique médicale et/ou scientifique. Nous remarquons l'importance centrale qu'ont jouée ces facteurs culturels et politiques : la psychiatrie russe a, tout au long de son histoire, été guidée par des forces qui la dépassent.

Reprenons certains moments marquants de cette histoire afin d'y déceler l'influence de ces facteurs.

En Russie, la création de la psychiatrie en tant que spécialité médicale est secondaire à une volonté politique : la médicalisation de la folie fait suite à un projet d'ingénierie sociale : il s'agit de s'occuper des « fous » dans le cadre de la modernisation de l'État. Progressivement le savoir psychiatrique s'autonomise de la tutelle politique ; des personnages émergent et orientent les pratiques. Sabler et les autres pionniers de la psychiatrie asilaire russe vont ainsi donner à la spécialité des prétentions curatives, désormais non limitée à la gestion sociale de la folie. Parallèlement, le corps professionnel se développe, s'incarne progressivement et prend corps à travers les cursus universitaires, les premiers congrès, les revues. Une fois constitué, le monde psychiatrique va vouloir influencer à son tour le politique : au nom du savoir, les psychiatres russes progressistes souhaitent guider les politiques dans un vaste projet de rationalisation, les conservateurs lutter contre le « pandémonium » social qui risque d'engloutir la société. Au final, ce désir d'intervention dans la cité est réalisé par les *bolcheviks*, qui dans les années 1920, laissent une relative autonomie aux scientifiques : le Parti fixe le cap - l'édification du socialisme-, à la Science de guider le peuple jusqu'à bon port. C'est ainsi que dans les années 1920 les réflexions de la psychiatrie portent à la fois sur les pathologies psychiatriques et sur les formes limites des troubles mentaux : la psychiatrie étend son empire. L'hygiène sociale de Rosenstein se pense comme une méthode scientifique d'amélioration de la société montrant la voie rationnelle que doivent prendre les réformes. Les années 1930 marquent un premier renversement : la prise totale de pouvoir de Joseph Staline interdit toute pensée débordant le cadre fixé par le Parti – en dernière instance par Staline lui-même : la Science soviétique devient l'obligée d'un seul homme. Bridée, bornée, purgée de ses éléments « contre-révolutionnaires »,

elle ne peut se penser que dans le cadre incertain et mouvant du stalino-marxo-léninisme. Pour la psychiatrie les répercussions sont énormes ; outre la mise à l'écart des praticiens suspects, c'est toute la tectonique relationnelle et professionnelle qui se voit modifiée. Une partie des psychiatres va alors chercher à prouver l'orthodoxie de ses pratiques en adoptant les directions désignées par le Parti. Les congrès pavloviens de 1950 et 1951 sont les grands moments politiques de la psychiatrie soviétique ; divisée en accusateurs et accusés, marxistes orthodoxes et bourgeois, matérialistes pavloviens et idéalistes occidentaux désignés, la psychiatrie connaît une terrible purge. Une nouvelle génération arrive aux affaires, totalement soumise aux *desiderata* du Petit Père des Peuples. L'utilisation punitive de la psychiatrie en Union soviétique est certainement l'exemple le plus marquant de l'influence du politique sur la pratique psychiatrique. Elle survient à un moment où la pression totalitaire est moins forte que dans les derniers temps du stalinisme : le pouvoir soviétique, surveillé par l'opinion internationale, ne peut plus user des mêmes stratégies répressives ; il doit s'adapter et la psychiatrie lui fournit une solution. La psychiatrie n'a plus seulement comme objectif de s'occuper et de traiter les malades mentaux, mais devient un sous-traitant de l'ingénierie répressive. Si l'importance de la nosologie soviétique est régulièrement mise en exergue dans le glissement progressif des pratiques, il importe de remarquer que ce sont les velléités politiques de répression qui sont à l'origine des dérives : la nosologie n'a au final que peu, très peu, d'importance dans ce processus. Au mieux est-elle venue conforter et simplifier la démarche.

Idéologique, la psychiatrie l'est encore certainement ; savoir prétendument explicatif et curatif de la folie, il reste largement déterminé par la vision de l'homme qu'adopte la société. En Russie, peut-être plus qu'ailleurs, ce facteur est directement visible dans la fondation de la psychiatrie : durant la phase tardive de l'Empire russe, les psychiatres, quelles que soient leurs orientations idéologiques, croient voir dans la psychiatrie une réponse aux problématiques de l'époque ; les libéraux-conservateurs alarment sur l'épidémie de dégénérescence qui touche le pays, tandis que les psychiatres plus sociaux désignent le capitalisme et le tsarisme comme étant à l'origine de la majoration des troubles mentaux au sein de l'empire. Quelques années plus tard, la psychanalyse est dans un premier temps acceptée par le régime *bolchevik* avant d'être dénoncée comme propagande bourgeoise et matérialiste. Si une large part de cette critique est loin d'être inintéressante, elle se limite parfois à des considérations purement idéologiques dès le moment où la défaite de Trotski et la prise de pouvoir de Staline bouleversent totalement les rapports de force. Le matérialisme dialectique devient la voie obligée de toute pensée psychiatrique : dans les années 1950, toute pensée autre que pavlovienne est éliminée *a priori*. Au cours des années

1960, l'adoption des neuroleptiques permet de sortir du pavlovisme obligatoire, le rapport de force ayant changé.

Le facteur individuel joue également un rôle parfois central dans la construction du savoir ; le conflit entre Shmar'yan, Gurevich et Ivanov-Smolenski illustre bien l'importance que peuvent revêtir les amitiés et inimitiés personnelles dans l'édification progressive et contingente d'un corpus scientifique et de l'axiomatique qui la régit. Là encore, le facteur scientifique pèse peu face aux rancœurs et aux ambitions privées.

Ce sont ces grands traits que nous avons voulu brosser dans cette thèse. Nous soutenons l'importance d'un tel travail historique pour la valeur heuristique qu'il peut apporter à la pratique et la pensée psychiatrique quotidienne. La tentation d'instrumentaliser la psychiatrie est consubstantielle à l'exercice du pouvoir, y compris dans les démocraties libérales dites avancées. Souvenons-nous des tentatives, en France, de faire passer les terroristes pour « fous », de l'actuelle demande faite aux psychiatres de « dépister les risques de radicalisation », y compris chez les enfants, et de participer à la « déradicalisation des terroristes ».

S'agissant d'une thèse médicale et non historique, l'approche diachronique est ici pensée pour servir de modèle épistémologique à la question psychiatrique : qu'est ce qui fonde en réalité notre regard porté sur la maladie mentale, notre rapport au savoir, l'utilisation de telle ou telle pratique ?

Une critique régulièrement émise à l'encontre de l'approche neuroscientifique et biologique en psychiatrie est qu'elle perd de vue la part anthropologique de la folie, la réduisant à une simple perturbation fonctionnelle. Pourtant, dans le paradigme contemporain de la biologie, circonscrit par la théorie de l'évolution, la psychologie évolutionniste ouvre un champ conceptuel heuristique et holistique allant de la génétique moléculaire à l'anthropologie, bornant la branche médicale de la psychopathologie, la psychiatrie. Le D.S.M.-V tout comme la C.I.M.-10 et 11 insistent sur l'importance de l'évaluation des facteurs environnementaux présents et passés du patient au travers des codes Z de la C.I.M.-10, et sur les capacités d'adaptation du patient à son environnement.

L'adoption du modèle épistémologique du symptôme proposé par les chercheurs de l'Université de Cambridge permet peut-être également de résoudre une grande part de ces critiques. Mais pour saisir l'ensemble de la problématique de la folie et de la psychiatrie, qui se joue dans une dialectique permanente entre le savoir scientifique et la folie des hommes, ce modèle mérite, à notre sens, d'être complété par une approche infrascientifique, infraclinique,

qui étudierait la capacité du langage à rendre compte du monde qu'il détermine, tout en étant déterminé par lui, et par une approche supra-scientifique, supra-clinique, qui mettrait en évidence les articulations qui régissent les modes de production du savoir. C'est cette seconde modalité que nous avons essayé de présenter dans ce texte en l'illustrant par l'histoire de la psychiatrie russe.

Connaître l'influence de ces facteurs externes sur l'édification, toujours partielle¹²⁴, du savoir scientifique s'avère alors nécessaire au praticien d'aujourd'hui qui prétend inscrire, autant que faire se peut, sa pratique sous l'enseigne d'une science « neutre ». C'est alors que l'histoire est indispensable. Cette affirmation résume certainement un paradoxe propre à la psychiatrie : pour être pleinement scientifique, elle se doit d'embrasser ses prédéterminations non scientifiques afin de préserver la distance critique indispensable à toute pensée scientifique qui la légitime épistémologiquement.

Il existe plusieurs manières d'écrire l'histoire de la psychiatrie. La première, souvent produite par des cliniciens, s'intéresse aux concepts et pratiques de manière autonome, traitant les contextes historiques et sociologiques de manière subsidiaire. L'ouvrage de Paul Bercherie, *Histoire et structure du savoir psychiatrique* (337), forme un bon exemple de cette approche ; en rapportant l'évolution du savoir psychiatrique, l'auteur laisse l'impression que cette évolution se fait selon des lois et des logiques internes, au rythme des découvertes scientifiques et des conceptualisations de ces acteurs.

Une autre façon d'écrire l'histoire de la psychiatrie est celle qui consiste à l'inscrire dans son temps, de suivre son développement à travers le prisme, non de l'évolution spontanée du savoir, mais des fluctuations du temps. Michel Foucault, à travers son *Histoire de la folie à l'âge classique* (467), mais aussi lors de ses cours au Collège de France (468–470), ou Robert Castel et son *L'Ordre psychiatrique* (471) proposent une telle histoire, mais il s'agit ici d'une histoire qui sous son vernis universitaire, est mue par des intentions idéologiques historicistes. L'histoire vient justifier le propos de l'auteur. Avec cette clef de lecture, il semble que le savoir psychiatrique est une coquille vide, se remplissant seulement par la volonté du politique et de l'idéologie.

Lorsque l'histoire est écrite par des historiens de formation cette sensation s'efface. Ainsi, pour citer quelques exemples parmi une vaste bibliographie, Jan Goldstein, dans *Consoler et Classifier* (238) narre les débuts de la psychiatrie française et ses rapports avec les enjeux

¹²⁴ C'est l'édification du savoir qui est partielle, non le savoir *en soi*.

sociétaux de l'époque. Laure Murat propose un travail sur l'histoire politique de la folie (472). Hervé Guillemain décrit la progressive passation de pouvoir entre l'Église et la psychiatrie naissante au cours du XIXe siècle (473). L'historien se forme à la psychiatrie à travers l'étude des archives. De ce fait, à côté de la formidable collection d'informations, ils adhèrent abusivement aux discours psychiatriques des temps étudiés, leur accordant d'emblée le sérieux et la fiabilité auxquels ils prétendent, et ce même pour les infirmer. Il existe pourtant un intervalle entre ces discours et la pratique, ces discours et la vision qu'on les médecins de leurs patients, ces discours et le rapport qu'on les médecins avec ces mêmes discours. L'approche historique passe parfois à côté de l'objet psychiatrique lui-même. Le psychiatre reconnaît pourtant un hiatus entre le savoir appréhendé par les sources et la pratique vivante. La folie et son savoir s'effacent derrière le savoir et la méthode historique. L'ouvrage de Murat, par exemple, nous offre une belle illustration : présentant une histoire politique de la pathologie mentale, l'auteur mélange, tout au long du livre, psychiatrisation de l'idée politique et thématization politique du délire. D'autres travaux semblent diminuer ce travers ; Marcel Gauchet et Glwadis Swan évitent de tomber dans cet écueil en associant la vision historique et l'expérience pratique (474,475).

Le travail présenté ici reste toutefois celui d'un doctorant en médecine ; l'accès aux sources étant difficile, le travail clinique quotidien prenant, la méthodologie historique hésitante, ce texte ne saurait être un travail définitif sur la question. Il n'a aucune prétention à modifier la méthodologie des historiens, encore moins l'améliorer. S'il pouvait servir de base critique pouvant aider à l'écriture d'une telle histoire par les personnes autorisées, un des objectifs aura largement été rempli. L'autre objectif, plus réalisable, s'adresse aux psychiatres : il s'agit d'aider à fonder un système conceptuel complet permettant de penser la pratique psychiatrique dans sa globalité.

Penser dans son intégralité l'épistémologie psychiatrique c'est saisir la particularité de la discipline qui tient dans la relation incestuelle qui existe entre le *savoir* de la psychiatrie et ce qu'elle *observe* : la projection des modèles du savoir sur la réalité influence la réalité qu'elle décrit. Non seulement dans le sens où la nosographie serait asservie aux intentions extrascientifiques des protagonistes, ni dans le sens d'un cheminement progressif et laborieux vers la vérité, mais dans le sens où la réalité de la folie étant comme essentiellement irréductible à la rationalité des sciences, elle n'acquiert de forme stable que conformément au discours scientifique qui tente de la saisir. Épistémologiquement, la réalité anthropologique de la folie n'est que la réalité de la lentille par laquelle le psychiatre observe l'homme qui devant lui foisonne ; la dialectique

profonde qui anime la psychiatrie semble être l'acquisition d'un savoir qui, par une sorte de rétrocontrôle, modifie à son tour les modes d'acquisition du savoir lui-même.

La nature hybride du symptôme psychiatrique le rend certainement à jamais complètement insaisissable : le discours psychiatrique ne peut que s'approcher de son objet sans jamais le recouvrir totalement. Contre toutes les ambitions totalisantes et définitives du fonctionnement psychique et de ses dérèglements, l'approche scientifique en psychiatrie doit avoir conscience de l'irréductibilité de sa tâche, mais doit toujours œuvrer à fournir des réponses explicatives meilleures que les précédentes, abandonner sans scrupules les concepts dès lors qu'ils sont infirmés et adopter sans fétichisme les nouveautés apportées par l'évolution scientifique du savoir.

La psychiatrie est issue de pratiques empiriques millénaires, de la douche froide des agités d'Hippocrate, pour refroidir le cerveau échauffé par l'échauffement de la bile jaune, aux systèmes interprétatifs des troubles mentaux variables en fonction des évolutions culturelles, la dernière en date en France étant certainement l'influence du freudo-marxisme.

Le développement de la démarche scientifique touche seulement la psychiatrie à la fin du XX^e siècle par l'intermédiaire de la psychiatrie basée sur la preuve dans les années 1980. Les progrès de la génétique et des neurosciences alimentent cette évolution. Dans les années 1990, un cadre conceptuel nouveau s'élabore, la psychologie évolutionniste, proposé par Barkow, Tooby et Cosmides (476) ; ce cadre conceptuel scientifique, associant sciences fondamentales et sciences humaines (débarassées de leurs attributs métaphysiques), ouvre une perspective heuristique et holistique à la psychiatrie qui, selon David Deutsh, pourrait être « le commencement de l'infini » (477). Il est encore trop tôt pour affirmer la validité du champ conceptuel de la psychologie évolutionniste pour la psychiatrie, mais force est de constater que dans le domaine scientifique, il n'y a pas d'autre candidat. En revanche dans le domaine de la croyance les prétendants sont nombreux et s'entre-déchirent à pleines dents.

Bibliographie

1. Morin E. La méthode 1. La nature de la nature. Paris: Points; 2014. 416 p.
2. Guillemain H. Extension du domaine psy. Paris: Presses Universitaires de France; 2014. 112 p.
3. Kuhn TS. La structure des révolutions scientifiques. Paris : Flammarion; 2018. 340 p.
4. Berrios GE. Pour une nouvelle épistémologie de la psychiatrie. Marseille: Les Editions de la Conquête; 2019. 400 p.
5. Poirel C. La neurophilosophie et la question de l'être : Les neurosciences et le déclin métaphysique de la pensée. Paris: L'Harmattan; 2008. 320 p.
6. Soler L. Introduction à l'épistémologie. Paris: Ellipses; 2019. 336 p.
7. Gingras Y. Sociologie des sciences. 2e édition. Paris: Presses Universitaires de France; 2017. 128 p.
8. Montesquieu C-L. Lettres Persanes. Paris: Le Livre de Poche; 2006. 444 p.
9. Puech H-C. Histoire des religions, tome 1. Paris: Gallimard; 1970. 1520 p.
10. Eliade M. Histoire des croyances et des idées religieuses : Volume 3, De Mahomet à l'âge des réformes. Paris: Payot; 2016. 412 p.
11. Gruel-Apert L. Le monde mythologique russe. Paris: Imago; 2016. 360 p.
12. Caillois R. Les spectres de midi dans la démonologie slave : les faits. Rev Études Slaves. 1936;16(1):18-37.
13. Caillois R. Les spectres de midi dans la démonologie slave : interprétation des faits. Rev Études Slaves. 1937;17(1):81-92.
14. Postel J, Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris: Dunod; 2012. 672 p.
15. Heller M. Histoire de la Russie et de son Empire. Paris: Tempus Perrin; 2015. 1100 p.
16. Vallon C, Marie A. Les Aliénés En Russie. Montévrain: Imprimerie typographique de l'école d'Alembert; 1899. 438 p.
17. Lever M. Le Sceptre et la Marotte, histoire des fous de cour. Paris: Fayard; 1999. 352 p.
18. Rokhline L. La médecine soviétique en lutte contre les maladies mentales. Moscou: Éditions en langues étrangères; 1958. 170 p.
19. Healey D. Russian and Soviet Forensic Psychiatry: Troubled and Troubling. Int J Law Psychiatry. févr 2014;37(1):71-81.

20. Lavretsky H. The Russian Concept of Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophr Bull.* 1 janv 1998;24(4):537-57.
21. Wortis J. *La psychiatrie soviétique. Bibliothèque du psychiatre.* Paris: Presses Universitaires de France; 1953. 364 p.
22. Raskin N. Development of Russian Psychiatry Before the First World War. *Am J Psychiatry.* 1 mars 1964;120(9):851-5.
23. Miller M. *Freud au pays des soviets.* Paris: Les Empêcheurs de penser rond; 2001. 336 p.
24. Gueorguieff SG. Quelques notions sur l'histoire de la médecine légale en Russie [Internet]. University of Geneva; 1890 [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:26688>
25. Becker EM. *Medicine, Law and the State in Imperial Russia.* New York: Central European University Press; 2010. 412 p.
26. Lunier L. Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés, étude sur les législations française et étrangères, Mémoire lu au Congrès aliéniste international dans la séance du 10 août 1867. *Ann Méd-Psychol.* 1868;12(4):83-108.
27. L. Makovsky A. Histoire et esprit du Code civil russe. *Rev Int Droit Comparé.* 2009;61(3):479-505.
28. Marchant G. La législation russe sur les aliénés, Organisation de la clinique des maladies mentales et de l'asile Saint-Nicolas à Saint-Pétersbourg. *Ann Méd-Psychol.* Juillet 1892;8(6):81-97.
29. Garnier S. Législation de la protection de la fortune des malades dans les établissements d'aliénés. Ce qu'elle est, ce qu'elle doit être. *Ann Méd-Psychol.* 1902;15:422-34.
30. Portal P. *Pierre le Grand. Portraits de l'Histoire.* Paris: Le club français du livre; 1969. 308 p.
31. Koupernik C, Gourevitch M. La psychiatrie russe avant 1917 et après. *Slavica Occitania.* 2004;18:17-37.
32. Zilboorg G. Russian Psychiatry—Its Historical and Ideological Background. *Bull N Y Acad Med.* oct 1943;19(10):713-28.
33. Kannabikh YV. *Istoriya Psikhiiatrii.* Moscou: Gosudarstvennoye meditsinskoye izdatel'stvo; 1929.
34. Worsmer O. *Catherine II. Portraits de l'Histoire.* Paris: Le club français du livre; 1969.
35. Brown JV. Peasant Survival Strategies in Late Imperial Russia: The Social Uses of the Mental Hospital. *Soc Probl.* 1987;34(4):311-29.
36. Brintlinger A, Vinitzky I. *Madness And the Mad in Russian Culture.* Toronto: University of Toronto Press; 2007. 304 p.

37. Lerner V, Margolin J, Witztum E. Victor Kandinsky (1849-89): Pioneer of Modern Russian Forensic Psychiatry. *Hist Psychiatry*. juin 2012;23(90 Pt 2):216-28.
38. Savenko Y. 200-letnye Preobrazhenskoy psikhiatricheskoy bol'nitsy. *Nezavis Psikhiatricheskij Zhurnal*. 2008;2:5-7.
39. Tempest R, Godet M. La démence de Čadaev. *Rev Études Slaves*. 1983;55(2):305-14.
40. Lasègue C. De quelques établissements d'aliénés dans la Russie Occidentale. *Ann Méd-Psychol*. 1848;12:58-71.
41. Herzog P. Des asiles d'aliénés en Russie. *Ann Méd-Psychol*. Juillet 1863;2(4):81-3.
42. Larina LS, Khokhrina NT. K istorii psikhiatricheskoy bol'nitsy n°3 im. V. A. Giliarovskogo (byvhey Preobrazhenskoy bol'nitsy). *Sotsialnaya Klin Psikhiatryia*. 2008;18(3):61-4.
43. Gerish AA. Kibalchich Zinovy Ivanovich. In: *Big Medical Encyclopédia [Internet]*. Disponible sur: https://bigmed.info/index.php/KIBALCHICH_Zinovy-Ivanovich
44. *Archives générales de médecine: journal complémentaire des sciences médicales*. 1823, [3]. 1823. 670 p.
45. Shumsky NG. Sabler Vasily Fedorovich. In: *Big Medical Encyclopédia [Internet]*. Disponible sur: https://bigmed.info/index.php/SABLER_Vasily_Fedorovich
46. Basova AY, Kokorina MV. Victor Romanovich Butske : ot prizreniya k lecheniyu (k170-letiyu so dnya rozhdeniya). *Psikhiatry*. 2015;1(65):47-51.
47. K 300-letiyu oblastnoy klinicheskoy bol'nitsy-odnogo iz stareyshikh meditsinskikh uchrezhdeniy Rossii [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://www.novreg.ru/press/news/press/9292/>
48. Petrenko Y. Burashevo : ot Kolonii k klinike [Internet]. *tverlife.ru*. 2010. Disponible sur: <https://tverlife.ru/news/11759.html?month=88year=2018&day=5>
49. Shumsky NG. Frese Alexander Ustinovich (1826-1884). In: *Big Medical Encyclopédia [Internet]*. 3^e éd. Petrovsky B.V.; Disponible sur: https://бмэ.орг/index.php/ФРЕЗЕ_Александр_Устинович
50. Freze, Aleksandr Ustinovič. In: *Vikipediya [Internet]*. 2017 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A4%D1%80%D0%B5%D0%B7%D0%B5_%D0%90%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D1%80_%D0%A3%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87&oldid=88492707
51. Belgrave TB. The Asylums For the Insane in St. Petersburg and Copenhagen. *Am J Psychiatry*. 1 juill 1867;24(1):64-83.
52. Cherry S. Zemstvo Health Care in Rural Russia c.1864–1917. *Int J Reg Local Stud*. 1 janv 2006;2(2):73-91.

53. Debono L, Renaud G. La médecine des Zemstvos. *Santé Publique*. 2000;12(4):457-69.
54. Moon D. *The Abolition of Serfdom in Russia: 1762-1907*. 1^{re} éd. Routledge; 2014. 192p.
55. Brown JV. A Socio-historical Perspective on Deinstitutionalization: the Case of Late Imperial Russia. *Res Law Deviance Soc Control*. 1985;7:167-88.
56. Brown JV. The Deprofessionalization of Soviet Physicians: a Reconsideration. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. 1987;17(1):65-76.
57. Bogopolsky PM. Zemstvo District Surgeons and Their Role in the Development of Russian Medicine. *Hist Med*. 2015;2(2):169-75.
58. Ossipow E, Popow I, Kourkine, P. La médecine du Zemstvo en Russie, Aperçu du développement de la médecine du zemstvo en Russie en général ; et dans le gouvernement de Moscou en particulier, accompagné d'un petit exposé statistique sur le pays et son état sanitaire. Moscou: Imprimerie S. Yakowlew, Pétrowka, Saltikowsky péréoulok. Vol. 9; 1900. 378 p.
59. Bazanov VA. Osipov Evgraf Alekseevich. In: *Big Medical Encyclopédia* [Internet]. Disponible sur: http://bigmed.info/index.php/OSIPOV_Evgraf_Alekseevich
60. Henze CE. *Disease, Health Care and Government in Late Imperial Russia: Life and Death on the Volga, 1823-1914*. Routledge; 2010. 414 p.
61. Limankin OV. K 150-letiyu Petra Petrovicha Kashchenko. K 100-letiyu Sivoritskoy bol'nitsy (Sankt-Peterburgskoy psikhiatricheskoy bol'nitsy im. P. P. Kashchenko). *Sotsialnaya Klin Psikhatriya J*. 2009;19(2):101-6.
62. Karezin AZ, Suchkov YuA. Kashchenko Petr Petrovich: dannyye biografii. *Istor Ross Psikhologii V Litsakh Daydzhest*. 2017;1:18-27.
63. Shmaonova LM. Yakovenko Vladimir Ivanovich. In: *Bol'shaya Meditsinskaya Entsiklopediya* [Internet]. Disponible sur: https://бмэ.орг/index.php/ЯКОВЕНКО_Владимир_Иванович
64. Prozoroff L. La famine dans les Asiles et les Cliniques psychiatriques pendant la guerre et la révolution. *Ann Méd-Psychol*. 1922;1:367-8.
65. Brown JV. Revolution and Psychosis: The Mixing of Science and Politics in Russian Psychiatric Medicine, 1905-13. *Russ Rev*. 1987;46(3):283-302.
66. Caire M. *Soigner les fous: Histoire des traitements médicaux en psychiatrie*. Paris: Nouveau Monde éditions; 2019. 480 p.
67. Zakon SJ, Neymann CA. Alexander Samolinovich Rosenblum : Hid Contribution to Fever Therapy. *Arch Dermatol Syphilol*. 1 juill 1943;48(1):52-9.
68. Whitrow M. Wagner-Jauregg and Fever Therapy. *Med Hist*. juill 1990;34(3):294-310.

69. Wagner-Jauregg J, Bruetsch WL. The History of the Malaria Treatment of General Paralysis. *Am J Psychiatry*. mars 1946;102:577-82.
70. Daey Ouwens IM, Lens CE, Fiolet ATL, Ott A, Koehler PJ, Kager PA, et al. Malaria Fever Therapy for General Paralysis of the Insane: A Historical Cohort Study. *Eur Neurol*. 2017;78(1-2):56-62.
71. Tsay CJ. Julius Wagner-Jauregg and the Legacy of Malarial Therapy for the Treatment of General Paresis of the Insane. *Yale J Biol Med*. juin 2013;86(2):245-54.
72. Lubimenko II. Les étrangers en Russie avant Pierre le Grand : marchands, travailleurs techniques, artisans, agriculteurs. *Rev Études Slaves*. 1924;4(3):264-81.
73. Montefiore SS. *Les Romanov*. Paris: Le Livre de Poche; 2017. 1376 p.
74. Armytage WHG. The Origins of Russian Scientific and Technological Training. *Vocat Asp Educ*. 1 sept 1962;14(29):79-91.
75. Demidov SS. La naissance de l'Académie des Sciences de Saint-Pétersbourg : “ Le projet russe ” et sa contribution au développement de la science. *Arch Int Hist Sci*. 1 déc 2012;62(169):669-77.
76. Tammiksaar E. Political Atmosphere in Dorpat in Emil Kraepelin's Period. *Trames*. 2016;XX(4):403-16.
77. McLeish J. *Soviet Psychology: History, Theory and Content*. First Edition edition. London: Methuen young books; 1975. 320 p.
78. Massucco Costa A, Fraisse P. *Psychologie soviétique*. Paris: Payot; 1977. 327 p.
79. Pipes R. *Les révolutions russes, 1905-1917*. Paris: Perrin; 2018. 1200 p.
80. Bishop WJ. English Physicians in Russia in the Sixteenth and Seventeenth Centuries. *Proc R Soc Med*. déc 1929;23(2):143-52.
81. Schuster NH. English Doctors in Russia in the Early Nineteenth Century. *Proc R Soc Med*. 1 févr 1968;61(2):185-90.
82. Önnarfors A, Collis R. Freemasonry and Fraternalism in Eighteenth Century Russia [Internet]. University of Sheffield, Centre for Research into Freemasonry and Fraternalism; 2009 [cité 21 févr 2019]. 139 p. Disponible sur: [http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/freemasonry-and-fraternalism-in-eighteenth-century-russia\(d924e283-e9d4-4252-9965-d20680ef2582\)/export.html](http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/freemasonry-and-fraternalism-in-eighteenth-century-russia(d924e283-e9d4-4252-9965-d20680ef2582)/export.html)
83. Hutchison R. A Medical Adventurer. Biographical Note on Sir James Wylie, Bart., M.D., 1758 to 1854. *Proc R Soc Med*. juin 1928;21(8):1406-8.
84. Wong M. Pirogov et son temps. *Annu L'École Prat Hautes Études*. 1969;101(1):561-4.

85. Koutsouflianiotis K, Paraskevas GK, Zagelidou E, Dimakopoulou K, Noussios G. The Life and Work of Nikolai Ivanovich Pirogov (1810-1881): An Outstanding Anatomist and Surgeon. *Cureus* [Internet]. 10(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6289555/>
86. Sorokina T. The Great Russian Surgeon Nikolay Ivanovich Pirogov (1810-1881). *Vesalius Acta Int Hist Med*. juin 2011;17(1):10-5.
87. Dupont J-C, Barbara J-G, Kolchinsky EI, Loskutova M. Biologie et médecine en France et en Russie: Histoires croisées. Paris: Hermann; 2016. 246 p.
88. Hendriks IF, Bovill JG, van Luijt PA, Hogendoorn PC. Nikolay Ivanovich Pirogov (1810-1881): A Pioneering Russian Surgeon and Medical Scientist. *J Med Biogr*. févr 2018;26(1):10-22.
89. Zhuravskii SG. Diaries of S.P. Botkin, Physician-in-Ordinary to the Tzar Family, as a Encyclopedia of Medicine of the Russian Imperial Court. *Hist Med*. 2016;3(2):121-32.
90. Vein AA. Jean-Martin Charcot at the Birth of Russian Neurology. *Eur Neurol*. 2011;65(2):75-81.
91. Grigoriev AI, Grigorian NA. I.M. Sechenov: the Patriarch of Russian Physiology. *J Hist Neurosci*. juin 2007;16(1-2):19-29.
92. Kofler W. I.M. Sechenov (1829 – 1905) and the Scientific Self-understanding for Medical Sciences. *J Hist Neurosci*. 22 févr 2007;16(1-2):30-41.
93. HAAS L. Ivan Mikhailovich Sechenov (1829-1905). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. oct 1998;65(4):554.
94. Pavlov IP. La psychopathologie et la psychiatrie. Moscou: Editions de Moscou; 1961. 582 p.
95. Gavrilov YV, Valko PO. Ivan M. Sechenov (1829-1905). *J Neurol*. févr 2015;262(2):495-7.
96. Simonato E. Une linguistique énergétique en Russie au seuil du XXe siècle: essai d'analyse épistémologique. Bern, Suisse, Allemagne, Belgique; 2005. x+210.
97. Beer D. Renovating Russia: The Human Sciences and the Fate of Liberal Modernity, 1880-1930. 1 edition. Ithaca: Cornell University Press; 2008. 248 p.
98. Dupont J-C. Qui doit élaborer la psychologie et comment le faire. *Psychophysiology et critique de l'idéalisme en Russie au temps de Setchenov et de Kaveline*. *Rev Hist Sci Hum*. 2009;n° 21(2):29-54.
99. Tan SY, Dee MK. Elie Metchnikoff (1845-1916): Discoverer of Phagocytosis. *Singapore Med J*. mai 2009;50(5):456-7.

100. Koretzky M. Sensation(al) Science : Ivan Sechenov's Reflexes of the brain and Revolutionary Physiology, Literature, and Politics Of the Russian 1860s, *Ezra's Archives*, pp. 75-91. *Ezras Arch.* 2013;75-91.
101. Krasnov VN, Gurovich I. History and Current Condition of Russian Psychiatry. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* août 2012;24(4):328-33.
102. Quéтел C. Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours. Paris: Editions Tallandier; 2012. 618 p.
103. Dufaud G. Quel usage des thèses pavloviennes en médecine ? Schizophrénie, incertitudes scientifiques et psychiatrie en union soviétique. *Cah Monde Russe.* 28 août 2015;56(1):199-233.
104. Corniou O. Vie et œuvre de Jean-Martin Charcot, Thèse, Université Paris Val-de-Marne, Faculté de Médecine de Créteil, 2002. [Faculté de Médecine de Créteil,]. [Paris]: Université Paris Val-de-Marne; 2002.
105. Witkowski T, Pitel AL, Beaunieux H, Viader F, Desgranges B, Eustache F. Sergueï Sergeïevitch Korsakoff (1854-1900) : le savant, le penseur, le psychiatre, l'humaniste. /data/revues/00353787/01640HS4/291/ [Internet]. 18 déc 2008 [cité 23 févr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/197182>
106. Bekhterev V. J.-P. Mierzejewsky et son rôle dans l'évolution de la psychiatrie en Russie. *Ann Méd-Psychol.* 1908;8:338-40.
107. Akimenko MA. Vladimir Mikhailovich Bekhterev. *J Hist Neurosci.* juin 2007;16(1-2):100-9.
108. Bozhkova E. Vladimir Mikhailovich Bekhterev. *The Lancet.* sept 2018;17:744.
109. Bekhterev V, Lecas J-C. La psychologie objective. Paris; Bagneux: Editions L'Harmattan; 2008. 496 p.
110. Maranhão Filho P, Maranhão ET, Engelhardt E. Life and Death of Vladimir Mikhailovich Bekhterev. *Arq Neuropsiquiatr.* nov 2015;73(11):968-71.
111. Chertok L. L'Hypnose. Paris: Payot; 2002. 269 p.
112. Bekhterev V. La Suggestion et son rôle dans la vie sociale. Paris: Boulangé; 1910. 294 p.
113. Fedotova O. The Genesis of the Theoretical Foundations of "Psychology of Suggestion" of V. M. Bekhterev. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2014;146:147-53.
114. Sirotkina I. V.M. Bekhterev and the Beginnings of Experimental Psychology in Russia. *Revisita Hist Psicol.* 2007;28(2/3):315-20.
115. Byford A. V. M. Bekhterev in Russian Child Science, 1900S-1920S : « Objective Psychology »/"Reflexology" As a Scientific Movement. *J Hist Behav Sci.* 2016;52(2): 99-123.

116. Lichterman B. Emergence and Early Development of Russian Neurosurgery (1890s-1930s). *J Neurosci Basic Clin Perspect*. 2007;16(1-2):123-37.
117. Lichterman B. Roots and Routes of Russian Neurosurgery (from Surgical Neurology towards Neurological Surgery). *J Hist Neurosci*. 1998;7(2):125-35.
118. de Freitas Araujo S. The Emergence and Development of Bekhterev's Psychoreflexology in Relation to Wundt's Experimental Psychology. *J Hist Behav Sci*. 2014;50(2):189-210.
119. Lerner V, Margolin J, Witztum E. Vladimir Bekhterev: his Life, his Work and the Mystery of his Death. *Hist Psychiatry*. juin 2005;16(62 Pt 2):217-27.
120. Sukhodolsky DG, Tsytsarev SV, Kassinove H. Behavior Therapy in Russia. *J Behav Ther Psychiat*. 1995;26(2):83-91.
121. Engmann B, Steinberg H. Vladimir Bechterev – ein Protagonist der Hypnoseforschung? *Psychother Psychosom Med Psychol*. 3 juin 2019;
122. Kesselring J. VladimirMikhailovic Bekhterev (1857-1927): Strange Circumstances Surrounding the Seath of the Great Russian Neurologist. *Eur Neurol*. 2011;66(1):14-7.
123. Kandinsky VK. *Sur les Pseudo-Hallucinations*. Paris: L'Harmattan; 2013. 250 p.
124. Rokhline L. Zhizn' i tvorchestvo V.KH.Kandinskogo. In: *O Psikhicheskoy Bolezni* [Internet]. Disponible sur: <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/86/chapter/7>
125. de Clérambault G. *Œuvres Choiesies*. Marseille: Les Editions de la Conquête; 2017.
126. Quilichini S, Rivet B, Paulin P. Syndromes et maladies psychiatriques à nom propre. *Perspect Psy*. 2005;Vol. 44(4):311-23.
127. Kerbikov O, Korkina M, Snejnevski A. *Psychiatrie*. Moscou: Editions Mir; 1972. 359 p.
128. Engmann B, Steinberg H. Viktor Chrisanfovič Kandinskij (1849–1889). Beiträge eines russischen Psychiaters zu den Konzepten der Pseudohalluzination und der Schizophrenien. *Nervenarzt* [Internet]. 2017 [cité 23 févr 2019]; Disponible sur: , <https://doi.org/10,1007/s00115-017-0424-x>
129. Valko P, Bassetti CL. Aleksej Yakovlevich Kozhevnikov (1836–1902). *J Neurol*. 2006;253(4):237-538.
130. Vein AA. The Moscow Clinic for Nervous Diseases - Walking Along the Portraits. *J Hist Neurosci*. juin 2007;16(1-2):42-57.
131. Kazakov VM, Rudenko DI, Stuchevskaya TR. Vladimir Karlovich Roth (1848-1916): the Founder of Neuromuscular Diseases Studies in Russia. *Acta Myol Myopathies Cardio-myopathies Off J Mediterr Soc Myol*. mai 2014;33(1):34-42.
132. Satran R. Chekhov and Rossolimo: Careers in Medicine and Neurology in Russia 100 years ago. *Neurology*. 11 janv 2005;64(1):121-7.

133. Satran R. G.I. Rossolimo (1860-1928) Neurologist and Public Benefactor. *J Hist Neurosci*. juin 2007;16(1-2):65-73.
134. Vein AA. Lazar Solomonovich Minor (1855-1942). *J Neurol*. juill 2011;258(7):1371-2.
135. Chemouni J. Lenin, Sexuality and Psychoanalysis. *Psychoanal Hist*. 2004;6(2):135-59.
136. Vein AA, van Emde Boas W. Kozhevnikov Epilepsy: the Disease and its Eponym. *Epilepsia*. févr 2011;52(2):212-8.
137. Keeta R. Sergei Sergeievich Korsakov,. Andhra Pradesh *J Psychol Med*. 2014;15(2):261-163.
138. Albou P. Alzheimer, Pick, Cotard et les autres. Une histoire de la psychogériatrie. Paris: Editions Glyphe; 2005. 309 p.
139. Ovsyannikov SA, Ovsyannikov AS. Sergey S. Korsakov and the Beginning of Russian Psychiatry. *J Hist Neurosci*. 22 févr 2007;16(1-2):58-64.
140. Eling P, Vein A. Valentin Magnan and Sergey Korsakov: French and Russian Pioneers in the Study of Alcohol Abuse. *J Hist Neurosci*. juin 2018;27(2):190-7.
141. Vein A. Sergey Sergeevich Korsakov (1854–1900). *J Neurol*. oct 2009;256(10):1782-3.
142. Dufaud G. Politiser la médecine. La psychiatrie extrahospitalière en Russie soviétique (années 1920 et début des années 1930), Making medicine political: outpatient psychiatry in the soviet Union in the 1920s and 1930s. *Rev D'histoire Mod Contemp*. 12 déc 2014;(61-3):124-48.
143. Boubila H, éditeur. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Dixième session tenue à Marseille. Marseille; 1899.
144. Eling P, Vein A. Valentin Magnan and Sergey Korsakov: French and Russian pioneers in the study of alcohol abuse. *J Hist Neurosci*. 22 févr 2018;1-8.
145. Korsakoff SS. Étude médico-psychologique sur une forme des maladies de la mémoire. *Rev Philos Fr L'Étranger*. 1889;28:501-30.
146. McReynolds L. *Murder Most Russian: True Crime and Punishment in Late Imperial Russia*. Ithaca: Cornell University Press; 2012. 288 p.
147. Pogorelov M. Degeneration and « “Socially Dangerous” » in Late Imperial Russia Psychiatry. *High Sch Econ Res Pap*. 2016;1-16.
148. XIII^e congrès international de médecine. Paris 1900. Section de psychiatrie [Internet]. Paris: G. Masson; 1900 [cité 13 mars 2019]. 588 p. Disponible sur: http://archive.org/details/BIUSante_90240x08
149. Garrabé J. La mondialisation de la psychiatrie et la Société Médico-Psychologique. *Wwwem-Premiumcomdatarevues00034487v170i6S000344871200159X* [Internet]. 30 août 2012 [cité 23 févr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/747720>

150. Friedlander JL. Psychiatrists and Crisis in Russia, 1880-1917. University of California, Berkeley; 2007. 902 p.
151. Voskresensky BA, Ostapets EA. 150-letiyе Nikolaya Nikolayevicha Bazhenova. 1857-1923. *Nezavis Psikhiatricheskiy Zhurnal*. 2007;4:8-10.
152. Sirotkina I. The Concept of Creative Illness in the Works of N.N. Bazhenov. *Hist Psychiatry*. juin 1998;9(34 Pt 2):135-49.
153. Gerish AA. Bazhenov Nikolay Nikolaevich. In: *Big Medical Encyclopédia* [Internet]. Disponible sur: https://bigmed.info/index.php/BAZHENOV_Nikolay_Nikolaevich
154. Bazhenov NN. Préface. In: *Le régime des aliénés*. Paris: Jules Rousset Editeur; 1909. p. 3-55.
155. Marie D, Bajenoff N. L'asile Voronège et l'assistance familiale, Rapport de 1899-1900, par le Dr. Bajenoff. *Rev Psychiatr*. 1901;4(1):248-9.
156. Derouin H, Gory A. Congrès international d'assistance : tenu du 28 juillet au 4 août 1889 [Internet]. Vol. 1. Paris: G. Rongier & Cie; 1889 [cité 8 mars 2019]. 606 p. Disponible sur: http://archive.org/details/b28125265_0001
157. Derouin H, Gory A. Congrès international d'assistance : tenu du 28 juillet au 4 août 1889 [Internet]. Vol. 2. Paris: G. Rongier & Cie; 1889 [cité 8 mars 2019]. 810 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/congrsinternati01wormgoog>
158. Van Wayenburg GA. Compte rendu des travaux du 1er Congrès international de psychiatrie, de neurologie, de psychologie et de l'assistance des aliénés, tenu à Amsterdam, du 2 au 7 septembre 1907 / rédigé par le Dr G. A. M. Van Wayenburg, secrétaire général du congrès [Internet]. J. H. de Bussy. Amsterdam; 1908 [cité 23 févr 2019]. 934 p. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6525872r>
159. Rice JL. *Freud's Russia: National Identity in the Evolution of Psychoanalysis*. New Brunswick, N.J., U.S.A: Transaction Publishers; 1993. 288 p.
160. Vie de la Société. *Bull Société Anthropol Paris*. 1887;3(10):7-61.
161. Topolyansky VD. 150 letiyе Vladimira Petrovicha Serbskogo. *Nezavis Psikhiatricheskiy Zhurnal*. 2008;4:5-9.
162. Garrabé J, Morozov P. Les écrits français de Wladimir Serbski. *Ann Méd-Psychol*. 1991;149(4):295-308.
163. Koupernik C. Serbsky and Czarist Dissidents. *Arch Gen Psychiatry*. juin 1983;40(6):697-8.
164. Serbsky VP. On the Question of Dementia Praecox. *J Ment Pathol*. 1902;2(4):175-83.
165. Serbsky VP. Contribution à l'étude de la Démence précoce. *Ann Méd-Psychol*. 1904;19:19-35.

166. Garrabé J. Histoire de la schizophrénie. Paris: Seghers; 1992. 329 p.
167. Démissions en masse des professeurs des Universités Russes. Paris Méd. 1911;2:501.
168. Serbski V. Psikhiatricheskaya ekspertiza po delu Beylisa. Nezavis Psikhiatricheskiy Zhurnal. 2008;4:13-9.
169. Bernstein, Alexander Nikolaevich [Internet]. Nauchnaya pedagogicheskaya elektronnyaya biblioteka. Disponible sur: http://elib.gnpbu.ru/sections/0100/bernshtejn_a_n/
170. Gordon H, Meux C. Forensic Psychiatry in Russia: Past, Present and Future. Psychiatr Bull. avr 2000;24(4):121-3.
171. Amirov NK, Bogdanov EI, Guryleva ME, Zefirov AL, Ismagilov MF, Mukhamedzyanov RZ, et al. The history of Kazan Neurological School. J Hist Neurosci. juin 2007;16(1-2):110-22.
172. Petryuk PT. Pavel Ivanovich Kovalevskiy — izvestnyy otechestvennyy psikhiatr. In: Istoriya Saburovoy dachi Uspekhi psikhii, nevrologii, neyrokhirurgii i narkologii: Sbornik nauchnykh rabot Ukrainskogo NII klinicheskoy i eksperimental'noy nevrologii i psikhii i Khar'kovskoy gorodskoy klinicheskoy psikhiatricheskoy bol'nitsy № 15 (Saburovoy dachi). Khar'kov: Pod obshch. red. I. I. Kut'ko; 1996. p. 57-61.
173. Petryuk PT, Petryuk AP, Ivanichuk OP. Slovo o professore P. I. Kovalevskom — vydayushchemsya otechestvennom uchonom, psikhiatre, psikhologe i publitsiste. Nov Ukr Psikhii [Internet]. 2016; Disponible sur: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper452.htm>.
174. Kovalevskij PI. Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses / [Internet]. 1890 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76652r>
175. Allik J. History of Experimental Psychology from an Estonian Perspective. Psychol Res. nov 2007;71(6):618-25.
176. Käbin I. La recherche médicale à l'Université de Dorpat/Tartu de 1802 à 1940. Hist Sci Médicales. 1991;25(2):145-50.
177. Rotzoll M, Grüner F. Emil Kraepelin and German Psychiatry in Multicultural Dorpat/Tartu, 1886-1891. Trames J Humanit Soc Sci. 2016;20(4):351-67.
178. Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 4 volumes. Paris: Presses Universitaires de France; 2004. 3141 p.
179. Steinberg H, Angermeyer MC. Emil Kraepelin's Years at Dorpat as Professor of Psychiatry in Nineteenth-Century Russia. Hist Psychiatry. sept 2001;12(47 Pt 3):297-327.
180. Géraud M. Emil Kraepelin : un pionnier de la psychiatrie moderne (à l'occasion du cent cinquantième anniversaire de sa naissance). L'Encéphale. 1 sept 2007;33(4, Part 1):561-7.

181. Engstrom EJ, Kendler KS. Emil Kraepelin: Icon and Reality. *Am J Psychiatry*. déc 2015;172(12):1190-6.
182. Engstrom EJ. Emil Kraepelin's Inaugural Lecture in Dorpat : Contextes et Legacies. *Trames J Humanit Soc Sci*. 2016;20(4):337-50.
183. Müller U, Fletcher PC, Steinberg H. The Origin of Pharmacopsychology: Emil Kraepelin's Experiments in Leipzig, Dorpat and Heidelberg (1882-1892). *Psychopharmacology (Berl)*. janv 2006;184(2):131-8.
184. Engmann B, Steinberg H. Die Dorpater Zeit von Emil Kraepelin – Hinterließ dieser Aufenthalt Spuren in der russischen und sowjetischen Psychiatrie? *Fortschritte Neurol · Psychiatr*. nov 2017;85(11):675-82.
185. Slabinskii VYu. Vladimir Chizh and Sigmund Freud: Similarity of Biographies and Dissemblance of fates. *Med Psihol Ross*. 2015;32(3):1.
186. Kalling K. Emil Kraepelin's Successor Prof. Vladimir Chizh, His Research Methods and Objects. *Trames J Humanit Soc Sci*. 2016;20(4):417-30.
187. Berdiaev B-N. Les sources et le sens du communisme russe. Paris: Idées Nrf; 1963. 384 p.
188. Cipro M. Constantin Dmitrievitch Ouchinsky (1823-1871). *Perspectives (Montclair)*. 1984;14(1):165-70.
189. Nemeth T. Kant in Imperial Russia. 1st ed. 2017 edition. New York, NY: Springer; 2017. 389 p.
190. Eliade M. Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase. Paris: Payot; 2015. 553 p.
191. Clottes J, Lewis-Williams D. Les chamanes de la préhistoire. Texte intégral, polémiques et réponses. Paris: Points; 2015. 240 p.
192. Jugie M. Les origines de la méthode d'oraison des hésychastes. *Échos Orient*. 1931;30(162):179-85.
193. Roscanu H. L'hésychasme, paix du coeur au coeur du monde : pour ne pas s'enliser. *Théologiques*. 1999;7(2):103.
194. Welter G. Histoire des sectes chrétiennes. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 2011. 344 p.
195. Darnton R. La fin des Lumières. Le mesmérisme et la Révolution. Paris: Perrin; 1984. 222 p.
196. Bergasse L. Nicolas Bergasse, un défenseur des principes traditionnels sous la Révolution. Paris: Perrin et Cie; 1910. 554 p.
197. Carvalho T. Nicolas Bergasse et la souveraineté de la raison universelle. *J Interdiscip Hist Ideas*. 2013;2(1):1-23.

198. Budin C, Dubois F. Histoire académique du magnétisme animal, accompagnée de notes et de remarques critiques sur toutes les observations et expériences faites à ce jour. J. B. Baillière. Paris: Libraire de l'Académie royale de Médecine; 1841. 708 p.
199. Nicolas S. L'hypnose : Charcot face à Bernheim : L'école de la Salpêtrière face à l'école de Nancy. Paris: L'Harmattan; 2004. 154 p.
200. Mochutkovskiy, Osip Osipovich. In: Entsiklopedicheskiy slovar' Brokgauza i Yefrona [Internet]. Moscou; 1907. Disponible sur: https://ru.wikisource.org/wiki/ЭСБЕ/Мочутковский,_Осип_Осипович
201. Gipnoz [Elektronnyy resurs]. In: Material iz Vikipedii — svobodnoy entsiklopedii [Internet]. San-Frantsisko: Fond Wikimedia; 2019. Disponible sur: https://ru.wikipedia.org/wiki/Гипноз#CITEREFШерток_Л.1961
202. Becchio J, Suarez B. Historique de l'hypnose. Lett Lett Neurosci. Printemps-Été 2015;48:4-9.
203. Tokarskiy, Ardalion Ardalionovich. In: Entsiklopedicheskiy slovar' Brokgauza i Yefrona. Moscou; 1907.
204. Orlitsky O. L'hypnotisme en Russie : Le pouvoir des sorciers russes. Rev L'hypnotisme Expérimental Thérapeutique. 1904;19:87-9.
205. Bekhterev VM. La Suggestion et son rôle dans la vie sociale. Paris: Boulangé; 1910. 300 p.
206. Croq L, Bachelart M, Bioy A. Les thérapies par l'hypnose dans les armées, quelques jalons dans l'histoire. Ann Méd-Psychol. 2013;171:662-6.
207. Podiapolsky PP. La suggestion hypnotique à l'hôpital de camp, Paris médical : la semaine du clinicien, n°25, 1917, pp. 165-170. Paris Méd Sem Clin. 1917;25:165-70.
208. Moller N. Sergueï Rachmaninov : 10 (petites) choses que vous ne savez (peut-être) pas sur le compositeur [Internet]. France-musique.fr. 2018 [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.francemusique.fr/musique-classique/serguei-rachmaninov-10-petites-choses-que-vous-ne-savez-peut-etre-pas-sur-le-compositeur-60644>
209. Beer D. Blueprints for Change: The Human Sciences and the Coercive Transformation of Deviants in Russia, 1890-1930. Osiris. 1 janv 2008;22:26-47.
210. Le suicide en Russie. Ann Méd-Psychol. 1886;3:502-3.
211. Roubinovitsch J. Sur la statistique des maladies nerveuse et mentales en Russie. Ann Méd-Psychol. 1886;4:172-3.
212. Guichard B. Daniel Beer, Renovating Russia. Cah Monde Russe. 2009;50(4):791-4.
213. Becker EM. Medicine, Law and the State in Imperial Russia. New York: Central European University Press; 2010. 412 p.

214. Loba VE, Safronova EV, Malahova AS. Scientometric Characteristic of Theses on Criminal Law Defenders At the Universities of the Russian Empire (1815-1917). *Int J Humanit Cult Stud.* mars 2016;780-7.
215. Likhatchef A. Notice sur le Congrès des aliénistes russes tenu a Moscou en 1887. *Arch Anthropol Criminelle Sci Pénales.* 1888;3:269-79.
216. Herlihy P. *The Alcoholic Empire: Vodka & Politics in Late Imperial Russia.* Oxford: Oxford University Press; 2002. 272 p.
217. Iakobi, Pavel Ivanovich. In: *The Great Soviet Encyclopedia* [Internet]. 1970. (3rd edition, (1970-1979)). Disponible sur: <https://encyclopedia2.thefreedictionary.com/Iakobi%2c+Pavel+Ivanovich>
218. Sirotkina I. *Toward a Soviet Psychiatry, War and the Organization of Mental Health Care in Revolutionary Russia 2010.* In: *Soviet Medicine : Culture, Practice, and Science.* Chicago: Northern Illinois University Press; 2010. p. 29-47.
219. La manifestation des médecins russes. *Concours Méd.* 1905;27(1):208.
220. Marcou D. Comment les médecins ont préparés la révolution en Russie. *Chron Médicale.* 1917;24(5):131-3.
221. Dufaud G. « Un retour aux anciennes maisons de fous » ? Réformer les institutions psychiatriques en Russie soviétique (1918-1928). *Rev Hist.* 22 déc 2011;n° 660(4):875-97.
222. Zajicek B. *Soviet Madness: Nervousness, Mild Schizophrenia, and the Professional Jurisdiction of Psychiatry in the USSR, 1918–1936.* *Ab Imp.* 2014;2014(4):167-94.
223. Dufaud G. « Médecins, médecine et santé en Union soviétique », vol. XLVI, no 92, p. 497-507. 1 janv 2013;
224. Brown J. *Professionalization and Radicalization : Russian Psychiatrists.* In: *Russia's Missing Middle Class: The Professions in Russian History.* New-York: Routledge; 1996. p. 352.
225. Kremontsov N. *The Strength of a Loosely Defined Movement: Eugenics and Medicine in Imperial Russia.* *Med Hist.* janv 2015;59(1):6-31.
226. Pichot A. *La société pure : De Darwin à Hitler.* Paris: Editions Flammarion; 2009.
227. Kremontsov N. *From « Beastly Philosophy » to Medical Genetics: Eugenics in Russia and the Soviet Union.* *Ann Sci.* janv 2011;68(1):61-92.
228. Kremontsov N. *Eugenics in Russia and the Soviet Union.* *Oxf Handb Hist Eugen* [Internet]. 24 sept 2010 [cité 24 févr 2019]; Disponible sur: <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195373141.001.0001/oxfordhb-9780195373141-e-25>
229. Bosc O. *La foule criminelle : Politique et criminalité dans l'Europe du tournant du XIXe siècle.* Paris: Fayard; 2007. 495 p.

230. Kovalevskij PI. Psychopathologie légale. La psychologie criminelle / [Internet]. 1903 [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k96096731>
231. International Medical Congress (12th : 1897 : Moscow), Roth WK. Comptes-rendus du XII Congrès international de médecine, Moscou, 7 (19)-14 (26) août 1897 [Internet]. Moscou, Kouchnérev; 1898 [cité 27 févr 2019]. 404 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/comptesrendusdux01inte>
232. Darmon P. Médecins et assassins à la Belle époque, la médicalisation du crime. Paris: Editions du Seuil. 1989.
233. Death of Madame Tarnowsky. *J Am Inst Crim Law Criminol.* 1911;2:270-1.
234. Tarnowsky P. Étude anthropométrique sur les prostitués et leurs voleuses. E. Lecrosnier et Babé Éditeur. Paris; 1889. 238 p.
235. Tarnowsky P, Mélikoff JL. Etudes anthropométriques sur les prostitués et les voleuses. *Bull Mém Société Anthropol Paris.* 1892;3(1):95-104.
236. Lecourbe M. Le Congrès pénitentiaire international de Saint-Pétersbourg. *Bull Société Générale Prisons.* 1890;8:858-84.
237. McKay C. « Fearful Dunderheads »: Kandinsky and the Cultural Referents of Criminal Anthropology. *Oxf Art J.* 1996;19(1):29-41.
238. Fariat A. Olga Medvedkova, Kandinsky ou la critique des critiques – Ecrits russes de Kandinsky (1899-1911). *Crit D'art Actual Int Litt Crit Sur L'art Contemp* [Internet]. 15 nov 2015 [cité 24 févr 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/critique-dart/15345>
239. Goldstein J. Consoler et Classifier. L'essor de la psychiatrie française. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond; 1997. 502 p.
240. Ball B. De la législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements publics et privés, Séance du mercredi soir, 7 août 1889. In: Congrès International de médecine mentale tenu à Paris du 5 au 10 août 1889. Masson. Paris; 1890.
241. Medvedev J, Medvedev R. Un cas de folie ! Paris: Club français du livre; 244 p.
242. McDonald D, McDonald E. Fanny Lear: Love and Scandal in Tsarist Russia. iUniverse; 2012. 315 p.
243. Brown JV. The Deprofessionalization of Soviet Physicians: a Reconsideration. *Int J Health Serv Plan Adm Eval.* 1987;17(1):65-76.
244. Melekhov DE, Grosman AV. [Leonid Alekseevich Prozorov (on the 100th anniversary of his birth)]. *Zhurnal Nevropatol Psikhiatrii Im SS Korsakova Mosc Russ* 1952. 1977;77(9):1403-6.
245. Starks T. *The Body Soviet: Propaganda, Hygiene, and the Revolutionary State.* Madison, Wis: University of Wisconsin Press; 2008. 336 p.

246. Dufaud G. Tricia Starks, *The Body Soviet, Propaganda, Hygiene and the Revolutionary State*, Madison : The University of Wisconsin Press, 2008, 313 p. Cah Monde Russe Russ - Emp Russe - Union Sov États Indép [Internet]. 15 sept 2009 [cité 25 févr 2019];50(2-3). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/monderusse/9758>
247. Zajicek B. *Scientific Psychiatry in Stalin's Soviet Union: The Politics of Modern Medicine and the Struggle to Define « Pavlovian » Psychiatry, 1939-1953* [Dissertation]. [United States -- Illinois]: The University of Chicago; 2009.
248. Galachyan A. Peter Borisovich Gannushkin (at the Thirtieth Anniversary Of His Death) 1875-1933. *Int J Psychiatry*. avr 1965;1:311-6.
249. Gannouchkine P. Pierre Gannouchkine, La Volupté, la Cruauté et la Religion, *Annales Médico-Psychologiques*, n°14, 1901, pp. 353-375. *Ann Méd-Psychol*. 1901;14:353-75.
250. Vein AA, Aubert G. Sergey Sukhanov, a Russian Physician in Professor Arthur Van Gehuchten's Lab - Based on Original 19th Century Documents. *Eur Neurol*. 2016;75(5-6):269-73.
251. Soukhanoff S. Contribution à l'étude de la « "Paranoia Inventoria" ». *Ann Méd-Psychol*. 1896;8:221-8.
252. Soukhanoff S. Contribution à l'étude des perversions sexuelles. *Ann Méd-Psychol*. 1901;8:50-5.
253. Soukhanoff S, Gannouchkine P. Étude sur la mélancolie. *Ann Méd-Psychol*. 1903;18:213-38.
254. Gannushkin PB. *Ostraya paranoyya (paranoïa acuta)*. *Klinicheskaya storona voprosa*. Moscow: Dissertayia dra med. Nauk; 1904.
255. Gannushkin, Petr Borisovich, (n.d.). In: *The Great Soviet Encyclopedia* [Internet]. 3^e éd. 1970. Disponible sur: <https://encyclopedia2.thefreedictionary.com/Gannushkin%2c+Petr+Borisovich>
256. Gannushkin PB. *Klinika psikhopatiy, ikh statika, dinamika, sistematika*. Izdatel'stvo Nizhegorodskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademi; 2000.
257. Grant S, éditeur. *Russian and Soviet Health Care from an International Perspective: Comparing Professions, Practice and Gender, 1880-1960*. 1st ed. 2017 edition. Palgrave Macmillan; 2017. 281 p.
258. Gerish AA. Rosenstein Lev Markovic. In: *Big Medical Encyclopédia* [Internet]. Disponible sur: https://bigmed.info/index.php/ROSENSTEIN_Lev_Markovic
259. Savenko Y. 120-letie L'va Markovitch Rozenshteina. *Nezavis Psikhiatricheskii Zhurnal* [Internet]. 2004;3. Disponible sur: <https://npar.ru/journal/2004/3/rozenshtein.htm>.
260. Thomson M. *Mental Hygiene as an International Movement*. In: *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. p. 283-304.

261. Konovalov AN, Likhtherman LB. 80-letiyе Moskovskogo instituta neyrokhirurgii: istoriya i sversheniya. Zhurnal «Voprosy Neyrokhirurgii» Im NN Burdenko. 2012;76(3):3-25.
262. Zajicek B. Banning the Soviet Lobotomy: Psychiatry, Ethics, and Professional Politics during Late Stalinism. Bull Hist Med. 29 mars 2017;91(1):33-61.
263. Shmaryan AS. Osno vnyye voprosy Vzaimootnosheniy Mozgovoy Patologii I Klinicheskoy Psikhiiatrii. Tr Tsentralnogo Institua Psikhiiatrii NKZ RSFSR Pod Obshch Red PB Posvyanskogo. 1940;1:9-21.
264. Savenko Y. Mikhail Osipovich (Iosifovich) Gurevich (1878-1953). Nezavis Psikhiiatricheskii Zhournal. 2009;3:7-8.
265. Petryuk PT, Petryuk AP. Akademik Vassiliy Alekseyevich Giliarovskiy – vydayushchiysya otechestvennyy psikhiatr i byvshiy saburyanin (k 130-letiyu so dnya rozhdeniya). Ukraïnskiy Visnik Psikhonevrologii. 2006;14(2):120-5.
266. Sirotkina I, Kokorina MV. Dialektika truda v psikhiiatricheskoi bol'nitse : trudoterapiia v Kashchenko. Nezavis Psikhiiatricheskii Zhurnal. 2017;1:82-95.
267. Vaissié C. Construire-déconstruire l'Homme nouveau. In: La fabrique de l'homme nouveau après Staline, les arts et la culture dans le projet soviétique. Rennes: Universitaire de Rennes; 2016. p. 7-23.
268. Heller M. La Machine et les rouages: La formation de l'homme soviétique. Paris: Galimard; 1994. 322 p.
269. Sirotkina I. Diagnosing Literary Genius: A Cultural History of Psychiatry in Russia, 1880-1930. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2002. 288 p.
270. Pinnow KM. Making Suicide Soviet: Medicine, Moral Statistics, and the Politics of Social Science in Bolshevik Russia, 1920-1930. Columbia University; 2001. 369 p.
271. Durkheim E. Le suicide. Paris: Presses Universitaire de France; 2013. 463 p.
272. Mucchielli L, Renneville M. Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930). Déviance Société. 22(1):3-36.
273. Gardette J. Analyse durkheimnienne du suicide : controverses méthodologiques et théoriques. Asp Sociol. 2001;8(1-2):50-63.
274. Engstrom EJ. Clinical Psychiatry in Imperial Germany: A History of Psychiatric Practice. 1 edition. Ithaca: Cornell University Press; 2003. 320 p.
275. Grulier J-C. Petite histoire de la psychiatrie allemande. Paris: Editions L'Harmattan; 2006. 209 p.
276. Coffin J-C. La transmission de la folie : 1850-1914. Paris: Editions L'Harmattan; 2003. 286 p.

277. Wing JK. Psychiatry in the Soviet Union. *Br Med J.* 9 mars 1974;1(5905):433-6.
278. Zajicek B. Soviet psychiatry and the Origins of the Sluggish Schizophrenia Concept, 1912–1936. *Hist Hum Sci.* 1 avr 2018;31(2):88-105.
279. Dufaud G, Rzesnitzek L. Soviet Psychiatry Through the Prism of Circulation. The Case of Outpatient Psychiatry in the Interwar Period. *Krit Explor Russ Eurasian Hist.* 2016;17(4):781-803.
280. Solomon SG. The limits of Government Patronage of Science: Social Hygiene and the Soviet state, 1920-1930. *Soc Hist Med J Soc Soc Hist Med.* déc 1990;3(3):405-35.
281. Solomon SG. Social hygiene in Soviet Medical Education, 1922-30. *J Hist Med Allied Sci.* oct 1990;45(4):607-43.
282. Byford A. The Imperfect Child in Early Twentieth-Century Russia. *Hist Educ.* 3 sept 2017;46(5):595-617.
283. Rollins N. *Child Psychiatry in the Soviet Union.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1972. 316 p.
284. Byford A. Turning Pedagogy Into a Science: Teachers and Psychologists in Late Imperial Russia (1897-1917). *Osiris.* 2008;23:50-81.
285. Caroli D. *L'enfance abandonnée et délinquante dans la Russie soviétique: 1917-1937.* Paris, France: L'Harmattan; 2004. 366 p.
286. Bellon J. L'enfance délinquante en U.R.S.S. *Cah Monde Russe.* 1959;1(1):49-82.
287. Friedrich J, Hofstetter R, Schneuwly B, Collectif. *Une science du développement humain est-elle possible ? : Controverses du début du XXe siècle.* Rennes: PU Rennes; 2013. 230 p.
288. Etkind A, Espéronnier M. L'essor et l'échec du mouvement «paidologique» [De la psychanalyse au « nouvel homme de masse »]. *Cah Monde Russe.* 1992;33(4):387-418.
289. Byford A. The Mental Test as a Boundary Object in Early-20th-century Russian Child Science. *Hist Hum Sci.* 1 oct 2014;27(4):22-58.
290. Byford A. *Lechebnaia pedagogika: The Concept and Practice of Therapy in Russian Defectology, c. 1880-1936.* *Med Hist.* 2018;62(1):67-90.
291. Manouilenko I, Bejerot S. Sukhareva--Prior to Asperger and Kanner. *Nord J Psychiatry.* août 2015;69(6):479-82.
292. Andronikof A, Fontan P. Grounia Efimovna Soukhareva : la première description du syndrome dit d'Asperger. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 janv 2016;64(1):58-70.

293. Sucharewa GE, Wolff S. The First Account of the Syndrome Asperger Described? Translation of a Paper Entitled « Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter » by Dr. G.E. Ssucharewa; Scientific Assistant, which Appeared in 1926 in the *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 60:235-261. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. sept 1996;5(3):119-32.
294. Posar A, Visconti P. Tribute to Grunya Efimovna Sukhareva, the Woman who First Described Infantile Autism. *J Pediatr Neurosci*. 2017;12(3):300-1.
295. Krebs M-O, Martinez G, Guelfi J-D. Les personnalités schizotypique et schizoïde. In: *Les Personnalités Pathologiques*. Paris: Éditions Lavoisier; 2013: p. 113-118.
296. Werth N. Histoire de l'Union Soviétique : De l'empire russe à la communauté des Etats indépendants 1900-1991. Paris: Presses Universitaires de France; 2008. 588 p.
297. Dufaud G. Pavlov, une vie pas si réglée. Vie Idées [Internet]. 29 févr 2016 [cité 26 févr 2019]; Disponible sur: <http://www.laviedesidees.fr/Pavlov-une-vie-pas-si-reglee.html>
298. Popov E. La doctrine physiologiques de Pavlov et la psychiatrie. In: *La psychopathologie et la psychiatrie, Œuvres choisies*. Moscou: Éditions de langue étrangère; 1961. p. 447-87.
299. Dalta AM. The stalwarts : Ivan Petrovich Pavlov. *Andhra Pradesh J Psychol Med*. 2012;13(2):124-8.
300. Windholz G. The Second Signal System as Conceived by Pavlov and his Disciples. *Pavlov J Biol Sci*. déc 1990;25(4):163-73.
301. Pavlov IP. *Œuvres Choiesies*. Moscou: Éditions de langue étrangère; 1954. 687 p.
302. Cambiaghi M, Sacchetti B. Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936). *J Neurol*. juin 2015;262(6):1599-600.
303. Todes DP. *Ivan Pavlov: A Russian Life in Science*. Oxford: Oxford University Press; 2014. 880 p.
304. Rokhline L. La conception pavlovienne de la schizophrénie. In: *La psychopathologie et la psychiatrie, Œuvres choisies*. Moscou: Éditions de langue étrangère; 1961. p. 488-538.
305. Graham LR. *Science in Russia and the Soviet Union: A Short History*. Cambridge University Press; 1993. 354 p.
306. Deborin, Abram Moiseevich. In: *The Great Soviet Encyclopedia* [Internet]. 3^e éd. 1970. Disponible sur: <https://encyclopedia2.thefreedictionary.com/Deborim%2c+Abram+Moiseevich>
307. Dufaud G. Vyzov fiziologii: sovetskaya psikhatriya v 1930-ye gody. *Ab Imp*. 2014;4:136-66.
308. Le Ny J-F. A propos de la méthode dite du « renforcement verbal » chez l'homme adulte. *Année Psychol*. 1960;60(2):371-5.

309. Windholz G. Soviet Psychiatrists under Stalinist Duress: the Design for a New Societ Psychiatry and its Demise. *Hist Psychiatry*. sept 1999;10(39 Pt 3):329-47.
310. Parada C. Toucher le cerveau, changer l'esprit : psychochirurgie et psychotropes. Paris: Presses Universitaire de France; 2016. 208 p.
311. Kremontsov N. The « KR Affair »: Soviet Science on the Threshold of the Cold War. *Hist Philos Life Sci*. 1995;17(3):419-46.
312. Medvedev J. Grandeur et chute de Lyssenko. Gallimard; 1971. 320 p.
313. Völcese LDT de. Charles Darwin, Karl Marx & co : Des sciences bourgeoises et prolétariennes aux dérives idéologiques de Lénine et Staline. Bruxelles: Editions Samsa; 2017. 220 p.
314. Engels F. Dialectique de la nature. Paris: Editions sociales; 1975. 364 p.
315. Ege R. Le concept de travail chez Friedrich Engels et ses implications éthiques et politiques. In: *Le Travail en question : XVIIIe-XXe siècles*. Paris: Presses Universitaires François Rabelais; 2011. p. 179-94.
316. Gratzner W. L'affaire Lyssenko, une éclipse de la raison. *MS Médecine Sci*. 2005;21(2): 203-6.
317. Chevalier A. La polémique des biologistes mitchouriniens et mandélo-morganiens en URSS. Le concept russe sur la science biologique et les théories de l'évolution. *J Agric Tradit Bot Appliquée*. 1949;29(315):1-17.
318. Chevalier A. Comparaison entre la génétique néo-mendélienne, la génétique soviétique ou lyssenkiste et l'œuvre de N. I. Vavilov. *J Agric Tradit Bot Appliquée*. 1950;30(335): 461-7.
319. Uztopal D. La réception en France du lyssenkisme, les scientifiques communistes français et la conceptualisation de la « science prolétarienne » (1948-1956). *Cah D'histoire Rev D'histoire Crit*. 1 janv 2014;(122):121-41.
320. Koupernik C. Psychiatrie soviétique : Tendances et réalisations (Impressions de lectures et d'une mission d'étude dans le cadre des relations Est-Ouest). *Cah Monde Russe*. 1962;3(4):666-72.
321. Marie JJ. Les derniers complots de Staline, l'Affaire des blouses blanches. Bruxelles: Editions Complexe; 1999. 253 p.
322. Bloch S. Psychiatry as Ideology in the USSR. *J Med Ethics*. sept 1978;4(3):126-31.
323. Dubarry JJ. Le curriculum universitaire d'un étudiant en médecine en U.R.S.S. In *Société d'histoire de la Médecine*; 1980. p. 383-6. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1980x014x004/HSMx1980x014x004x0383.pdf>

324. Health WEC on M, Organization WH. La formation des psychiatres : douzième rapport du Comité d' experts de la santé mentale, réuni à Genève du 25 septembre au 1er octobre 1962. 1963;42.
325. Koupernik C. La médecine en U.R.S.S. *Esprit* 1940-. 1957;(247 (2)):337-40.
326. Windholz G. The 1950 Joint Scientific Session: Pavlovians as the Accusers and the Accused. *J Hist Behav Sci.* 1997;33(1):61-81.
327. Session scientifique consacrée aux problèmes de la théorie physiologique de I. Pavlov, 28 juin-4 juillet 1950, Introduction, Rapports, Ordre du jour. Académie des Sciences de l'U.R.S.S., Académie de Médecine. Moscou: Éditions en langue étrangère; 1951. 181 p.
328. Pollock E. *Stalin and the Soviet Science Wars.* Princeton Oxford: Princeton University Press; 2008. 288 p.
329. Grigorian NA. L.A. Orbeli - Outstanding Physiologist and Science Leader of the Twentieth Century. *J Hist Neurosci.* juin 2007;16(1-2):181-93.
330. Chertok L. *Mémoires : Les résistances d'un psy.* Paris: Editions Odile Jacob; 2006. 383 p.
331. Ban TA, St-Laurent J. Quelques Aspects Theoriques De La Psychiatrie En Russie Et Autres Pays De L'Europe De L'est. *Can Psychiatr Assoc J.* 1 mars 1961;6(2):88-95.
332. Bloche M. Law, Theory, and Politics: The Dilemma of Soviet Psychiatry. *Yale J Int Law.* 1 janv 1986;11(2):298-361.
333. Reich W. *Psychiatric Diagnosis as an Ethical Problem.* In: *Psychiatric ethics.* Oxford: Oxford University Press; 1981. p. 61-88.
334. Van Voren R. *Cold War in Psychiatry, Human Factors, Secret Actors.* Amsterdam: Editions Rodopi B.V.; 2010. 512 p.
335. Cermolacce M, Belzeaux R, Pringuey D, Adida M, Azorin J-M. Aspects psychopathologiques des signes négatifs dans la schizophrénie. *L'Encéphale.* 1 déc 2015;41(6, Supplement 1):6S9-14.
336. Dollfus S, Lyne J. Negative Symptoms: History of the Concept and Their Position in Diagnosis of Schizophrenia. *Schizophr Res.* 2017;186:3-7.
337. Malaspina D, Walsh-Messinger J, Gaebel W, Smith LM, Gorun A, Prudent V, et al. Negative Symptoms, Past and Present: a Historical Perspective and Moving to DSM-5. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol.* mai 2014;24(5):710-24.
338. Bercherie P. *Histoire et structure du savoir psychiatrique.* Paris: L'Harmattan; 2004. 290 p.
339. Charlot V, Guelfi J-D. La personnalité borderline. In: *Les Personnalités Pathologiques.* Éditions Lavoisier; 2013. p. 141-148.

340. Wilkinson G. Political Dissent and « Sluggish » Schizophrenia in the Soviet Union. *Br Med J Clin Res Ed.* 13 sept 1986;293(6548):641-2.
341. Boukovsky V. *Et le vent reprend ses tours.* S.l.: Le Livre de Poche; 1986. 605 p.
342. Knaus W. *La médecine en URSS.* Paris: Belfond; 1981. 419 p.
343. Chertok L. Un dialogue de trente ans. In: *Psychanalyse en Russie.* Paris: L'Harmattan; 1992. p. 11-9.
344. Kazanetz EP. Differentiating Exogenous Psychiatric Illness From Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* juill 1979;36(7):740-5.
345. Meurice É. *Psychiatrie et vie sociale.* Bruxelles, Galerie des Princes: Mardaga; 1995. 349 p.
346. Zajicek B. The Psychopharmacological Revolution in the USSR: Schizophrenia Treatment and the Thaw in Soviet Psychiatry, 1954–64. *Med Hist.* juill 2019;63(3):249-69.
347. George J. L'accouchement sans douleur [Internet]. *Encyclopédie pour une histoire nouvelle de l'Europe.* 2017. Disponible sur: <https://ehne.fr/node/1054>
348. Morel M-F. L'accouchement, une longue histoire. *Vie Idées* [Internet]. 3 sept 2015 [cité 4 août 2019]; Disponible sur: <http://www.laviedesidees.fr/L-accouchement-une-longue-histoire.html>
349. Michaels PA. *Curative Powers: Medicine and Empire in Stalin's Central Asia* [Internet]. University of Pittsburgh Press; 2003 [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/j.ctt5vkh97>
350. Angelini A. History of the Unconscious in Soviet Russia: From its Origins to the Fall of the Soviet Union. *Int J Psychoanal.* avr 2008;89(2):369-88.
351. Douville O, Deniau A, Lévy D. Diffusion de la psychanalyse dans le monde de Freud. *Che Vuoi.* 2004;N° 21(1):59-91.
352. Aucouturier M. *Le cercle de Bakhtine et la psychanalyse.*,. Univ Paris Sorbonne. :143-62.
353. Zarubina T. La psychanalyse en Russie dans les années 1920 et la notion de Sujet. *Cah L'ILSL.* 2008;24:267-80.
354. Freud S. *Cinq psychanalyses : Dora, Le petit Hans, L'homme aux rats, Le président Schreber, L'homme aux loups.* Paris: Presses Universitaires De France. Payot; 2017. 700 p.
355. Spielrein S. *Entre Freud et Jung.* Paris: Editions Aubier; 2004. 383 p.
356. Freud S. *Au-delà du principe de plaisir.* Paris: Payot; 2010. 160 p.
357. Gelly V. *La vie dérobée de Sabina Spielrein.* Paris: Fayard; 2018. 288 p.

358. Chemouni J. Trotsky et la psychanalyse : Suivi de son attitude à l'égard des troubles mentaux et de la psychanalyse de sa fille Zina. Paris: In Press; 2004. 300 p.
359. Schmidt V, Reich A. Pulsions sexuelles et éducation du corps. 10^e-18 / Série "Quel corps ?" éd. Union générale d'éditions; 1979. 246 p.
360. Reich W. La Révolution sexuelle. Paris: Christian Bourgois Editeur; 2003. 340 p.
361. Marti J. La psychanalyse en Russie 1909-1930. Critique. mars 1978;346:199-236.
362. Imbert L. Le Freudo-marxisme soviétique, une histoire oubliée. *Perspect Libr.* 2018;23:230.
363. Koupernik C, Gourevitch M. La psychiatrie soviétique. *Rev Études Slaves.* 1985;57(2):325-31.
364. Bachinin VA. Avangardistskoye pravovedeniye M. A. Reysner. *Pravovedeniye.* 2006;5:169-83.
365. Trotsky L. Littérature et révolution. Paris: 10^e-18^e éd. Christian Bourgois / Dominique de Roux; 1971. 512 p.
366. Trotsky L. Ma vie. Folio; 2017. 704 p.
367. Bakhtine M. Écrits sur le Freudisme. Paris: L'Âge d'Homme; 1980. 232 p.
368. Lebovici S, Shentoub S, Kestenberg E, Bonnafé L, Follin S, Monnerot E, et al. La Psychanalyse. Idéologie réactionnaire. *Nouv Crit.* 1949;7:57-72.
369. Matonti F. Intellectuels communistes, Essai sur l'obéissance politique. La Découverte; 2013. 400 p.
370. Papiou D. Psychiatrie, psychanalyse et communisme, Essai de sociobiographie des psychiatres communistes (1924-1985), [Thèse de Science politique]. [Paris]: Université de Paris-Nanterre; 2017.
371. Carrère d'Encausse H. Lenine, la revolution et le pouvoir. Flammarion. Broché; 1979. 297 p.
372. Laloy J. L'établissement des relations entre la Russie et le reste du monde après 1917. *Rev Tiers Monde.* 1968;9(35):573-93.
373. Carrère d'Encausse H. L'URSS. De la révolution à la mort de Staline. Points; 2017. 384 p.
374. Schapiro L. Les bolchéviques et l'opposition (1917-1922) , du musellement des partis à l'interdiction des factions dans le Parti. Paris: Les nuits rouges; 2007. 560 p.
375. Applebaum A. Goulag : Une histoire. Paris: Grasset & Fasquelle; 2005. 716 p.
376. Courtois S. Le génocide de classe : définition, description, comparaison. *Cah Shoah.* 2002;no 6(1):89-122.

377. Lew R. L'ennemi intérieur et la violence extrême : l'URSS stalinienne et la Chine maoïste. *Cult Confl* [Internet]. 2001 [cité 4 mars 2019];n° 43(3). Disponible sur: https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=CC_043_0006
378. Fridieff M. L'organisation judiciaire soviétique. *Rev Int Droit Comparé*. 1962;14(4): 725-45.
379. Lavrov VL. Maria Spiridonova, terroriste et victime de la Terreur. *Cah Mouv Ouvrier*. 1996;3:89-92.
380. Marie J-J. *Les Femmes dans la révolution russe*. Paris: Le Seuil; 2017. 384 p.
381. Marie J-J. Octobre 17. Maria Spiridonova, icône révolutionnaire et cible de Staline [Internet]. *Mediapart*. 2017 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.mediapart.fr/journal/culture-idees/300717/octobre-17-maria-spiridonova-icone-revolutionnaire-et-cible-de-staline>
382. Acton E, Cherniaev V, Rosenberg W, éditeurs. *Critical Companion to the Russian Revolution 1914-1921*. London: Bloomsbury Academic; 2001. 800 p.
383. Rabinowitch A, Spiridonova M. Maria Spiridonova's « Last Testament ». *Russ Rev*. 1995;54(3):424-46.
384. Friedmann G. L'Ère khrouchtchévienne et les réformes. *Annales*. 1959;14(3):417-40.
385. Mehanna M. Seymon Gluzman et la psychiatrie d'une État totalitaire,. *Rev Eur Psychol Droit*. 2012;1-6.
386. Boukovsky V. *Jugement à Moscou - un dissident dans les archives du Kremlin*. Paris: Robert Laffont; 1995. 616 p.
387. Boukovsky V. *Une nouvelle maladie mentale en URSS : l'opposition*. Seuil; 1971. 240 p.
388. International A. *Les prisonniers d'opinion en URSS*. Nouvelle éd. Paris: Paris, Mazarine; 1980. 306 p.
389. Morozov GV. Examen psychiatrique médico-légal [Internet]. *The Great Soviet Encyclopedia*, 3rd Edition. 1970. Disponible sur: <https://encyclopedia2.thefreedictionary.com/Forensic+Psychiatric+Examination>
390. Bertelsen O. Rethinking Psychiatric Terror against Nationalists in Ukraine: Spatial Dimensions of Post-Stalinist State Violence. *Kyiv-Mohyla Humanit J*. 2014;1:27-76.
391. Pliouchch L. *Dans le carnaval de l'histoire : Mémoires*. Actuels. Paris: Seuil; 1977. 440 p.
392. André M. *Boukovsky le contestataire*. Albatros; 1974. 191 p.
393. Koryagin A. Unwilling Patients. *The Lancet*. 1981;317(8224):821-4.
394. Grigorenko P. *Memoires*. Paris: Presses de la Renaissance; 1998. 782 p.

395. Adler N, Gluzman S. Soviet Special Psychiatric Hospitals: Where the System was Criminal and the Inmates were Sane. *Br J Psychiatry*. déc 1993;163(6):713-20.
396. Bloch S. Psychiatry as Ideology in the USSR. *J Med Ethics*. 1 oct 1978;4:126-31.
397. Dufaud G. Psychiatrie punitive. *L'Histoire*. 2019;461-462:98-9.
398. Bloch S, Reddaway P. *Psychiatric Terror: How Soviet Psychiatry is Used to Suppress Dissent*. Basic Books; 1977. 536 p.
399. Bloch S, Reddaway P. *Soviet Psychiatric Abuse: The Shadow Over World Psychiatry*. 1 edition. Boulder, Colo: Routledge; 1985. 288 p.
400. Boukovsky V, Glouzmann S. Guide de psychiatrie pour les dissidents soviétiques: dédié à Lonia Pliouchtch, victime de la terreur psychiatrique. *Esprit*. 1975;(449 (9)):307-32.
401. Reich W. The case of General Grigorenko: a Psychiatric Reexamination of a Soviet Dissident. *Psychiatry*. nov 1980;43(4):303-23.
402. *L'Affaire Pliouchtch*. Paris: Seuil; 1976. 176 p.
403. Belkin GS. Writing About their Science: American Interest in Soviet Psychiatry During the Post-Stalin Cold War. *Perspect Biol Med*. 1999;43(1):31-46.
404. Vermorel H. *Guerres mondiales, totalitarismes, génocides: La psychanalyse face aux situations extrêmes*. EDK Editions; 2012. 175 p.
405. *Psychanalyse en Russie*. Paris: L'Harmattan; 1992. 128 p.
406. Garrabé J. Hélène Chaigneau (1919-2010). *Perspect Psy*. 2010;Vol. 49(4):273-6.
407. Garrabé J. Nosographie et classifications des maladies mentales dans l'histoire de la psychiatrie. *L'Évolution Psychiatr*. 1 janv 2014;79(1):5-18.
408. Tarsis VI. *Salle 7 : la perspective des fous*. Paris: Plon; 1966. 191 p.
409. Gorbanevskaïa N. *Midi Place Rouge*. Paris: Robert Laffont; 1970. 317 p.
410. Ayme J. L'utilisation de la psychiatrie comme instrument de répression politique en urss et le combat mené par les psychiatres en France. *Sud/Nord*. 2004;no 19(1):143-8.
411. Juillard J. *Les gauches françaises. Histoire, politique et imaginaire, 1762-2012*. Paris: Flammarion; 2012. 943 p.
412. Descombey J-P. Jean Ayme dans le comité contre l'utilisation de la psychiatrie à des fins de répression politique en URSS. *Inf Psychiatr*. 2011;Volume 87(7):607-9.
413. Juquin P. *De battre mon coeur n'a jamais cessé : Mémoires*. Paris: L'Archipel; 2006. 583 p.
414. Szasz T. Soviet Psychiatry : Its supporters in the West. *Inquiry*. 1978;4-5.
415. Cooper D. *Qui sont les dissidents*. Paris: Galilée; 1977. 107 p.

416. Morozov GV. Psychiatry in the Soviet Union. *Br Med J.* 6 juill 1974;40.
417. Bloch S. The political Misuse of Soviet Psychiatry: Honolulu and Beyond. *Aust N Z J Psychiatry.* juin 1980;14(2):109-14.
418. Dr Alexander Voloshanovich: A Critic of the Political Misuse of Psychiatry in the USSR. *Bull R Coll Psychiatr.* mai 1980;4(5):70-1.
419. Hurst M. *British Human Rights Organisations and Soviet Dissent, 1965-1985.* London ; New York: Bloomsbury Academic; 2016. 264 p.
420. World Health Organization. History of Development of the ICD [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>
421. Organisation mondiale de la Santé. Classification Internationale des maladies. Manuel de classification statistique internationale des maladies, traumatismes et cause de décès, Fondé sur les recommandations de la Conférence pour la septième révision (1955) et adopté par la Neuvième Assemblé mondiale de la Santé en vertu du Règlement de Nomenclature de l'O.M.S. Vol. I. Organisation mondiale de la Santé; 1957. 512 p.
422. Organisation mondiale de la Santé. Classification Internationale des maladies. Manuel de classification statistique internationale des maladies, traumatismes et cause de décès, Fondé sur les recommandations de la Conférence pour la huitième révision. Vol. I. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1965. 501 p.
423. 295 - Psychoses schizophréniques, Autres Psychoses (295-299), Chapitre V., Troubles mentaux Classification Internationale des Maladies, 9e version [Internet]. Disponible sur: <https://cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/cim-9/v-troubles-mentaux-290-319/autres-psychoses-295-299>
424. van Voren R. Political Abuse of Psychiatry—An Historical Overview. *Schizophr Bull.* 1 janv 2010;36(1):33-5.
425. Kriegel A. La responsabilité du psychiatre : A propos du congrès d'Honolulu. *Esprit* 1940-. 1978;(15 (3)):20-32.
426. Bloch S. Athens and Beyond: Soviet psychiatric abuse and the World Psychiatric Association. *Psychiatr Bull.* mars 1990;14(3):129-33.
427. Benson B. Psychiatrist Group Condemns Abuses Alleged to Soviets. *Washington Post* [Internet]. 1977 [cité 6 avr 2019]; Disponible sur: <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1977/09/02/psychiatrist-group-condemns-abuses-alleged-to-soviets/1d6bd13d-c97b-43cc-8768-21e28125ee93/>
428. Declaration of Hawaii. *J Med Ethics.* juin 1978;4(2):71-3.
429. Garrabé J. La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : historique comparatif. *Inf Psychiatr.* 2013;89(4):319-26.

430. Kastrup M. The work of the WPA Committee to Review the Abuse of Psychiatry. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. juin 2002;1(2):126-7.
431. Autumn Quarterly Meeting 1978. *Bull R Coll Psychiatr*. 1978;3(1):5-7.
432. Wilson M. DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: a History. *Am J Psychiatry*. mars 1993;150(3):399-410.
433. Garrabé J. Approche historique des classifications en psychiatrie. *Ann Méd-Psychol* [Internet]. mai 2011 [cité 4 août 2019]; Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00748148>
434. Podrabinek A. *Punitive Medicine*. Ann Arbor: Karoma Pub; 1980. 223 p.
435. Podrabinek A. Déclaration finale. *Esprit*. 1981;(54 (6)):127-45.
436. Wynn A. Imprisonment of Dr. Anatoly Koryagin. *Br Med J Clin Res Ed*. 22 janv 1983;286(6361):309.
437. Wynn A. The Soviet Union and the World Psychiatric Association. *Lancet Lond Engl*. 19 févr 1983;1(8321):406-8.
438. Abuse of Psychiatry in the Soviet Union. Hearing before the Subcommittee on Human Rights and International Organizations of the Committee on Foreign Affairs And the Commission on Security and Cooperation in Europe House Of Representatives. Ninety-Eighth Congress, Firt Session, September 1983 [Internet]. Washington: U.S. Government Printing Office; 1984. 106 p. Disponible sur: <https://www.csce.gov/sites/helsinkicommission.house.gov/files/Abuse%20of%20Psychiatry%20in%20the%20Soviet%20Union.pdf>
439. Garrabé J. La mondialisation de la psychiatrie et la Société Médico-Psychologique. *Ann Méd-Psychol*. 30 août 2012;170(6):415-22.
440. Juliver PH. Law and Individual Rights : the Shifting Political Ground. In: *The Impact of Perestroika on Soviet Law*. Kluwer Academic Publishers; 1990. p. 107-32.
441. Koryagin A. World Psychiatry: Readmitting the Soviet Union. *Lancet*. 30 juill 1988;2(8605):268-9.
442. Merskey H, Shafran B. Political Hazards in the Diagnosis of « Sluggish Schizophrenia ». *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mars 1986;148:247-56.
443. Van Voren R. Mental Health and Human Rights in Russia - a Flawed Relationship. *The Lancet*. 2017;390:1613-4.
444. Moreau X. *La nouvelle grande Russie : De l'effondrement de l'URSS au retour de Vladimir Poutine*. Ellipses; 2012. 160 p.
445. Krasnov VN. Psychiatry in Russia. *Psychiatr*. 2014;11(1):51-5.

446. Shek O. Mental Healthcare Reforms in Post-Soviet Russia. Negotiating new ideas and values [Internet]. [Finland]: University of Tampere; 2018. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/12f7/7a0be70a95f5f4b1f4b0c67c201eda1cab1a.pdf>
447. Polubinskaya SV, Bonnie RJ. The Code of Professional Ethics of the Russian Society of Psychiatrists. Text and commentary. *Int J Law Psychiatry*. 1996;19(2):143-72.
448. Polubinskaya S, Bonnie R. New Code of Ethics for Russian Psychiatrists. *Bull Med Ethics*. avr 1996;No. 117:13-9.
449. Jenkins R, Klein J, Parker C. Mental Health in Post-Communist Countries. *BMJ*. 23 juill 2005;331(7510):173-4.
450. Petrea I. Mental Health in Former Soviet Countries: From Past Legacies to Modern Practices. *Public Health Rev*. 11 déc 2012;34(2):5.
451. Korolenko CP, Kensin DV. Reflections on the Past and Present State of Russian Psychiatry. *Anthropol Med*. 1 avr 2002;9(1):51-64.
452. Savenko Y, Perekhov AYA. The State of Psychiatry in Russia. *Psychiatr Times* [Internet]. 2014;31(2). Disponible sur: <https://www.psychiatristimes.com/special-reports/state-psychiatry-russia>
453. Krasnov VN. The Provision of Mental Health Care in the Russian Federation. In: Guimón J, Sartorius N, éditeurs. *Manage or Perish? The Challenges of Managed Mental Health Care in Europe* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1999 [cité 2 août 2019]. p. 173-80. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4147-9_20
454. Morozov PV. The Evolution of Psychiatry in Russia. *Int J Cult Ment Health*. 2 janv 2018;11(1):1-9.
455. Gurovich IY. The Current Status of Psychiatric Services in Russia: Moving Towards Community-Based Psychiatry. *Int J Disabil Community Rehabil* [Internet]. 2007;6(2). Disponible sur: http://www.ijdcr.ca/VOL06_02_RUS/articles/gurovich.shtml
456. Jenkins R, Lancashire S, McDaid D, Samyshkin Y, Green S, Watkins J, et al. Mental Health Reform in the Russian Federation: an Integrated Approach to Achieve Social Inclusion and Recovery. *Bull World Health Organ*. nov 2007;85(11):858-66.
457. Rezvy G, Andreeva E, Ryzhkova N, Yashkovich V, Sørli T. Integrating Mental Health into Primary Care in Arkhangelsk County, Russia: the Pomor model in psychiatry. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 13 mars 2019 [cité 3 août 2019];13. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6416943/>
458. Soulier V. La «psychiatrie punitive», sujet tabou en Russie. Un médecin conteste l'usage de la psychiatrie à des fins politiques du temps de l'URSS"" au grand dam d'un ex-dissident. [Internet]. *Libération.fr*. 1998 [cité 4 août 2019]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/planete/1998/08/04/la-psychiatrie-punitiv-sujet-tabou-en-russie-un-medecin-conteste-l-usage-de-la-psychiatrie-a-des-fi_244928

459. Voren R van. Political Psychiatry as a Tool for Coercion in Post-Soviet Countries - Report for the European parliament [Internet]. European Parliament; 2013 [cité 9 août 2019] p. 26. Disponible sur: https://www.academia.edu/10066168/Political_Psychiatry_as_a_Tool_for_Coercion_in_Post-Soviet_Countries_-_Report_for_the_European_parliament
460. Naudet J-B. Le retour de la psychiatrie comme arme politique [Internet]. L'Obs. 2013 [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/monde/20131009.OBS0353/russie-le-retour-de-la-psychiatrie-comme-arme-politique.html>
461. Tallès O. En Russie, la crainte du retour de la psychiatrie punitive. La Croix [Internet]. 11 oct 2013 [cité 4 août 2019]; Disponible sur: <https://www.la-croix.com/Actualite/Monde/En-Russie-la-crainte-du-retour-de-la-psychiatrie-punitive-2013-10-11-1039507>
462. Psychiatrie punitive: les fantômes de l'ère soviétique [Internet]. Amnesty International Suisse. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://www.amnesty.ch/fr/pays/europe-asie-centrale/russie/docs/2013/psychiatrie-punitive-les-fantomes-de-lere-sovietique>
463. « Un premier pas vers un retour à la psychiatrie punitive » de l'ère soviétique [Internet]. L'Orient-Le Jour. 2013 [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://www.lorientlejour.com/article/836915/-un-premier-pas-vers-un-retour-a-la-psychiatrie-punitive-de-lere-sovietique.html>
464. Victime de psychiatrie punitive en Russie, Mikhaïl Kosenko est libre ! [Internet]. Amnistie internationale Canada francophone. 2014 [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://amnistie.ca/simpliquer/bonnes-nouvelles/victime-psychiatrie-punitive-en-russie-mikhail-kosenko-est-libre>
465. Roache M, Voren R van, Davidoff D. Psychiatry as a Tool of Coercion in Post-Soviet Countries, 2012-2017 [Internet]. Human Right in Mental Health; 2017 [cité 9 août 2019]. 30 p. Disponible sur: https://www.academia.edu/33186396/Pol_Abuse_ENG_April_2017_full.pdf
466. Les psychiatres russes dénoncent une loi sur l'internement forcé dans les asiles [Internet]. RTL Info. 2018 [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://www.rtl.be/info/belgique/faits-divers/les-psychiatres-russes-denoncent-une-loi-sur-l-internement-force-dans-les-asiles-1039657.aspx>
467. Roache M. The Serbskii Centre Has the Politicization of Psychiatry Returned to Post Soviet Russia and if so why ? [Internet]. University College London ; School of Slavonic and East European Studies; 2016 [cité 9 août 2019]. Disponible sur: https://www.academia.edu/33274781/The_Serbskii_Centre_Has_the_Politicization_of_Psychiatry_Returned_to_Post_Soviet_Russia_and_if_so_why_1
468. Foucault M. Œuvres I. Paris: Gallimard; 2015. 1632 p.
469. Foucault M. Le Pouvoir psychiatrique : Cours au Collège de France, 1973-1974. Paris: Seuil; 2003. 416 p.

470. Foucault M. Les Anormaux. Cours au collège de France. Paris: Le Seuil; 1999. 351 p.
471. Foucault M. « Il faut défendre la société ». Cours au Collège de France. 1976. Paris: Seuil; 1997. 283 p.
472. Castel R. L'Ordre psychiatrique : L'âge d'or de l'aliénisme. Paris: Les Editions de Minuit; 1977. 334 p.
473. Murat L. L'homme qui se prenait pour Napoléon: Pour une histoire politique de la folie. Folio; 2013. 432 p.
474. Guillemain H. Diriger les consciences, guérir les âmes. Paris: La Découverte; 2006. 348 p.
475. Gauchet M, Swain G. La Pratique de l'esprit humain. L'Institution asilaire et la révolution démocratique. Paris: Gallimard; 1980. 518 p.
476. Swain G, Gauchet M. Dialogue avec l'insensé - A la recherche d'une autre histoire de la folie. Paris: Gallimard; 1994. 281 p.
477. Barkow JH, Tooby J, Cosmides L. The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and the Generation of Culture. Reprint. New York: Oxford University Press; 1995. 680 p.
478. Deutsch D. Le commencement de l'infini : Les explications transforment le monde. Cas-sini; 2016. 518 p.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Histoire de la psychiatrie russe. Réflexions sur la construction du savoir psychiatrique

Seule, la méthodologie scientifique ne saurait suffire à saisir l'évolution du savoir psychiatrique, dernière spécialité à être touchée par l'*Evidence Based Medicine*. Pratique et discours semblent être déterminés par des facteurs externes à la logique scientifique ; idéologie, politique, relations interpersonnelles viennent influencer l'évolution de la spécialité. Par l'histoire de la psychiatrie russe nous essaierons de défendre cette hypothèse.

Nous évoquerons les débuts de la psychiatrie russe, des origines à la fin de l'empire. La folie est alors histoire d'esprits avant de devenir question législative, puis médicale. Nous étudierons ensuite la place de la psychiatrie dans le nouveau régime *bolchevik*, aidant à fonder l'*Homme nouveau*. Puis nous montrerons l'influence du Parti communiste sur la pensée psychiatrique des années 1930-1950, imposant le pavlovisme comme paradigme obligatoire. Lors de la Guerre froide, la psychiatrie s'éloigne de ce modèle, mais reste fortement politisée et idéologisée. Nous rapporterons aussi l'histoire de la psychanalyse russe ; d'abord autorisée, elle est rapidement rejetée, considérée comme bourgeoise. Nous présenterons l'histoire de l'utilisation psychiatrique punitive par les autorités de 1960 à 1990 : plusieurs centaines de dissidents sont envoyés en hôpital psychiatrique pour être « soignés ». Enfin, nous rapporterons les réactions de la psychiatrie mondiale face à cette dérive, entraînant l'exclusion soviétique de l'*Association mondiale de psychiatrie*.

Une telle histoire revêt également un intérêt heuristique ; la tentation d'instrumentaliser la psychiatrie reste consubstantielle à l'exercice du pouvoir, y compris dans les démocraties libérales dites avancées.

Mots-clefs : Histoire de la psychiatrie ; Psychiatrie russe ; Psychiatrie punitive

History of Russian psychiatry. Reflections on the construction of psychiatric knowledge

Scientific methodology alone is not enough to capture the evolution of psychiatric knowledge which is the last specialty to be affected by Evidence Based Medicine. Practice and discourse seem to be determined by external factors to scientific logic ; ideology, politics, interpersonal relationships influence the evolution of the specialty. We will try to defend this hypothesis through the history of Russian psychiatry.

We will discuss the evolution of Russian psychiatry, from the origins to the end of the Empire. Madness is then a matter of spirits before becoming a legislative and medical issue. We will then study the place of psychiatry in the new Bolshevik regime, and its role in founding the New Man. We will show the Communist Party's influence on psychiatry from the 1930s to the 1950s which established pavlovism as a mandatory paradigm. During the Cold War, psychiatry moved away from this model, but remained highly politicized and ideologized.

We will also introduce the Russian psychoanalysis history which was first authorized then quickly rejected, considered as bourgeois. We will present the punitive psychiatric use by the authorities from 1960 to 1990; indeed several hundred dissidents were sent to psychiatric hospitals "to be cured" .

Eventually, we will report on the reactions of world psychiatry to this drift, leading to Soviet exclusion from the World Psychiatric Association.

Such a history is also of heuristic interest; the temptation to instrumentalize psychiatry remains consubstantial to the exercise of power, including in the so-called advanced liberal democracies.

Tags: History of psychiatry; Russian psychiatry; Punitive psychiatry